




3 1761 11971402 0





Digitized by the Internet Archive  
in 2024 with funding from  
University of Toronto







CAI  
Z 1  
-69N21

158

COMMISSION D'ENQUETE  
SUR L'USAGE DES DROGUES  
A DES FINS NON MEDICALES

COMMISSION OF INQUIRY  
INTO THE  
NON-MEDICAL USE OF DRUGS

SEANCE DU 4 AVRIL 1970  
tenue dans la salle de  
bal du Chateau Frontenac,  
at 9:30 a.m.







CANADA

PROVINCE DU QUEBEC

VILLE DE QUEBEC

COMMISSION D'ENQUETE

SUR L'USAGE DES DROGUES A DES FINS NON MEDICALES

SOUS LA PRESIDENCE DE MONSIEUR GERALD LeDAIN

Commissaires: MONSIEUR IAN CAMPBELL,  
DOCTEUR HEINZ LEHMANN,  
PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
MONSIEUR J. PETER STEIN,  
Secrétaire exécutif: MONSIEUR JAMES MOORE.

SEANCE DU 4 AVRIL 1970, tenue dans la  
Salle de Bal du Château Frontenac, à neuf  
heures trente (9.30).





MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Mesdames, mesdemoiselles, messieurs, je déclare cette audience publique de la Commission d'Enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales ouverte. Pour ceux qui n'étaient pas ici hier, j'aimerais lire une déclaration qui explique la nomination de la Commission et ses attributions.

Je veux présenter d'abord les membres de la commission: à ma droite, docteur Heinz Lehmann, de Montréal; je m'appelle Gerald LeDain; à ma gauche, monsieur James Moore, le secrétaire exécutif de la Commission; et à la gauche de monsieur Moore, mademoiselle professeur Marie-Andrée Bertrand de l'Université de Montréal; et à sa gauche, monsieur Peter Stein de Vancouver.

Les membres de la Commission d'Enquête sur l'usage non médical des Drogues ont été nommés par le gouvernement Fédéral le vingt-neuf (29) mai de l'année dernière sur les recommandations de l'Honorable John Munro, Ministre de la Santé Nationale et du Bien-être Social.

La Commission possède un statut indépendant aux termes de la partie un de la Loi sur les Enquêtes.

Les préoccupations qui ont motivé la désignation de la Commission sont exposées dans l'ordre en conseil autorisant cette désignation dans les termes suivants:

"Une inquiétude croissante se manifeste au Canada concernant l'usage non médical de





GERALD LeDAIN





MONSIEUR GERALD LeDAIN

seulement pour des fins médicales ont  
été autorisés et ont ignoré la possibilité d'une  
addiction sur les effets de cette augmentation."

En outre, comme le président de la Commis-  
sion, le directeur de la Santé Nationale et du Bien-  
être Social, par "la Commission du gouvernement  
sur les problèmes de dépendance des drogues  
et des substances psychoactives", les "non mé-  
dicales."

Le rapport de la Commission, précisant  
la portée de l'étude, se concentre sur l'usage  
non médical des drogues, des sédatifs et psychotropes,  
notamment les hallucinogènes, les tranqui-  
llisants et les médicaments.

La Commission du gouvernement entend par  
"drogues" "les substances qui altèrent quelquefois la  
structure et la fonction du système nerveux vivant, et  
par "substances psychoactives" celles qui altèrent les  
sensations, les perceptions, les fonctions  
psychologiques et le comportement. La Commission a  
nommé comme président de la "Commission" la  
personne chargée de la surveillance, sous sur-  
veillance fédérale, de toutes les autres fins  
concernant la dépendance des drogues."

En outre, le rapport de l'expert ne  
suffit pas pour distinguer entre l'u-  
sage médical et l'usage non médical. Une drogue  
comme l'aspirine, qui est utilisée à l'usage, peut  
servir à l'usage médical. Une drogue sujette à  
addiction peut être utilisée à des fins médicales



MONSIEUR GERALD LeDAIN

généralement reconnues et cessait ensuite d'être nécessaire.

Aux termes de son mandat et de ses attributions, la Commission est invitée à mobiliser la somme de connaissances acquises concernant l'usage non médical des sédatifs, et notamment, tranquillisants, hallucinogènes et autres drogues et substances psychotropes. Concernant la Commission devant pouvoir présenter un rapport préliminaire bientôt et un rapport définitif dans les deux ans, elle devra se limiter et s'attacher à répondre aux questions principales qui ont été posées par la Commission.

A première vue, la Commission estime qu'elle doit porter ses recherches sur l'usage non médical des drogues par les jeunes gens et les adultes, dans ses rapports et ses études sur l'usage des drogues par les jeunes.

La Commission a énuméré en première classement des drogues par les jeunes. Parmi les huit catégories énumérées: sédatifs hypnotiques; stimulants; hallucinogènes psychotroques; anxiolytiques opiacés; solvants et autres toxiques; analgésiques (calmants non narcotiques), anesthésiques locaux; et principes thérapeutiques.

La Commission entend se s'attacher principalement à certaines catégories: premièrement les drogues psychotroques, qui comprennent notamment "marijuana ou hashish", LSD et mescaline et autres drogues psychotroques, placées dans la nouvelle loi sur le Loi sur Les Aliments





1005 EUR GERALD LEDAIN





100





JOHN B. GERALD LcDAIN





TROTTIER

PROFESSEUR MICHEL TROTTIER:-

Monsieur le Président, madame la Commissaire, messieurs les Commissaires. Nous sommes heureux ce matin de venir vous présenter, non pas un mémoire écrit, mais des opinions sur ce problème assez crucial que sont les drogues face à notre population et plus particulièrement une population adolescente.

Le docteur Laplante fera un exposé général sur les drogues, préalablement j'aimerais peut-être d'abord si vous voulez, indiquer combien ce problème est rattaché directement à une formation psychologique particulière.

De fait, dans un sens, toute l'éducation actuelle que l'on donne à nos jeunes, à partir plus exactement d'une société de consommation relativement passive entraîne presque inévitablement la population entière à chercher des moyens d'évasion, à chercher à ne pas prendre un contact direct avec la réalité.

Il n'est pas nécessaire si vous voulez d'observer avec beaucoup d'attention pour s'apercevoir que de fait la population entière ne peut endurer une légère insomnie, ne peut endurer la moindre souffrance, sans avoir recours à des drogues. Je pense même que dans un sens il y a un préjugé médical qui a cours depuis des siècles dans notre société et qui consiste à nier



la souffrance, à encourager si vous voulez cette formation d'une certaine philosophie sociale, formation d'une philosophie sociale par le parasitisme qui chercherait à fuir de façon générale toute sensation directe d'une réalité frustrante.

Ca, c'est un phénomène qui est très important et qui, je pense, ne peut être réglé de façon directe par votre Commission, mais qui d'autre part devrait faire l'objet d'études particulières et même devrait aussi dans un sens devenir une certaine responsabilité des dirigeants d'une population qui devraient s'intéresser à des philosophies d'éducation qui sont beaucoup plus réalistes et beaucoup plus en contact avec la réalité.

Ca ne veut pas nécessairement dire que la réalité est forcément frustrante, mais ça signifie quand même que dans un sens la réalité doit être, le contact avec la réalité doit être le premier but que doit rechercher toute éducation et que doit rechercher d'une façon générale toute philosophie et qui doit diriger une population entière.

Ca, je pense que c'est assez important et c'est un préambule, si vous voulez, qui nous place exactement dans le problème de la drogue, puisque dans un sens c'est assurément,





1  
2  
3 si vous voulez, dépendant de cette éducation  
4 si nous avons actuellement un problème réel  
5 non seulement pour les adolescents, mais  
6 aussi jusqu'à un certain point c'est toute la  
7 population qui cherche à éviter le contact avec  
8 la réalité, qui cherche à s'endormir, à fuir,  
9 à ne pas regarder, se regarder en face, à ne  
10 pas voir ces difficultés et à ne pas chercher  
11 à les vaincre de façon réelle.

12 Nous avons déjà par le passé person-  
13 nellement insisté sur ce problème. Je pense qu'il  
14 est assez important de saisir qu'il y a, si vous  
15 voulez, toujours une façon de régler la maladie  
16 qui consiste à enlever les symptômes et à ne  
17 jamais, si vous voulez, aller jusqu'au fond du  
18 problème, à savoir à regarder la cause et à  
19 faire face à cette cause, sans trop insister,  
20 trop se préoccuper de façon exagérée du symptôme.

21 Ça se rattache encore ici à la société  
22 dans un certain sens si vous voulez, aux préoccu-  
23 pations de la Commission.

24 Qu'est-ce que je pense encore ici  
25 du problème de la drogue? La drogue est très  
26 souvent un symptôme social manifeste, mais il  
27 n'est pas vraiment si vous voulez la maladie comme  
28 telle.

29 La maladie comme telle, elle est  
30 beaucoup plus profonde, elle est beaucoup plus



sérieuse et elle consiste essentiellement à former, si vous voulez, former des gens qui seront capables de prendre leurs responsabilités, qui seront capables de faire face à une réalité.

Et à ce moment-là ça veut dire justement de ne pas retrouver des moyens d'éviter cette réalité comme par exemple la drogue.

Ce préambule étant fait, je passe maintenant la parole au docteur Laplante, qui pourra si vous voulez, résumer de façon précise un peu ce que nous pensons de la drogue, de certaines drogues en particulier, et quelles sont les recommandations que nous faisons.

J'aurai de temps à autre l'occasion d'interjeter pour expliquer certains phénomènes psychologiques; mais par la suite nous apporterons des conclusions particulières.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Excusez-moi, professeur Trottier, nous pourrions peut-être vous poser une question avant?

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
commissaire:-

Monsieur Trottier, est-ce que je vous comprends bien, est-ce que vous dites que l'usage de la drogue vise à couper quelqu'un de l'effort qu'il fait pour faire face à la réalité?

DOCTEUR TROTTIER:-

Je pense que dans un sens général





1 l'usage de la drogue est très souvent, si vous  
2 voulez, une façon peut-être d'atteindre une  
3 réalité, mais une façon d'atteindre une réalité  
4 sans en faire vraiment les efforts nécessaires.  
5 J'ai eu des expériences avec des  
6 adolescents et même des personnes adultes qui  
7 par exemple m'ont dit: "A venir jusqu'à l'inges-  
8 tion de drogues, je n'avais jamais été ouvert;  
9 par exemple à la musique, je n'avais jamais  
10 ressenti un certain nombre de choses qui apparais-  
11 saient normales pour tout individu." Je pense  
12 que ce qu'il voulait dire à ce moment-là c'est  
13 que: "Cette ingestion de drogues m'a permis  
14 de m'ouvrir à un monde et de me rattacher à  
15 une réalité particulière".

16 Remarquez que c'est dans un sens une  
17 excellente rationalisation et personnellement  
18 je crois que cette rationalisation consiste à  
19 s'ouvrir à un monde de réalité, mais à un monde  
20 qui dans un sens n'est pas nécessairement, si  
21 vous voulez, très direct et d'une part et d'autre  
22 part, ça signifie qu'on n'a pas à prendre les  
23 moyens, les efforts à faire, on n'a pas à faire  
24 les efforts suffisants pour atteindre cette réa-  
25 lité, et remarquez qu'à ce moment-là, et ça revient  
26 à ce que vous disiez, à savoir que justement  
27 il y a pour ainsi dire un certain retard à ne  
28 pas se rattacher à la réalité ou à ne pas faire



- 14 -

les efforts pour ce rattachement.

DOCTEUR LAPLANTE:-

Peut-être que j'aurais quelque chose à ajouter aussi, si vous le permettez.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Oui, vous pouvez parler.

DOCTEUR LAPLANTE:-

Je pense qu'il faudrait peut-être distinguer entre usager assidu et l'usager qui disons est un usager expérimental, qui va faire l'utilisation de la drogue parfois sans être disons sans en devenir la victime ou sans en être esclave, à ce moment-là, celui-ci à mon avis va peut-être découvrir certaines réalités qu'il n'avait pas découvertes avant.

C'est-à-dire qu'il pourra peut-être jouir de ces avantages et les développer occasionnellement il pourra continuer à les développer sans utilisation de la drogue. Mais ceci à mon avis c'est assez rare et je crois que c'est plutôt l'autre forme qui prévaut d'une façon générale.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire:-

Bon! Considérez-vous qu'à un certain point de vue ça peut être vraiment un effort que de prendre une drogue?

DOCTEUR LAPLANTE:-

De la même façon je crois que quand





c'est employé d'une façon expérimentale; quand je parle d'usager au plan expérimental c'est un même effort que lorsqu'on essaie d'autres expériences.

L'adolescent ou l'adolescent plus vieux ou moins vieux, si on veut, c'est toujours un effort de s'arrêter d'une certaine routine et d'essayer quelque chose, dans ce sens-là l'expérience est un effort.

Cela peut être un effort d'autant plus qu'au début l'usage de ces drogues est assez douloureux dans un certain sens, je pense au haschish qui a un goût très mauvais, à des choses comme ça, qui sont difficiles au début.

DOCTEUR TROTTIER:-

De façon générale, remarquez qu'il peut y avoir de fait un certain effort qui soit accompli par l'usager, même expérimental.

Mais encore ici il faudrait peut-être distinguer, si vous voulez l'expérience qui est faite en fonction d'un but, de déterminer quelque chose et une expérience qui est faite pour l'expérience, et ici je pense que l'énergie humaine n'étant, dans un sens, pas suffisamment grande pour que justement on puisse gaspiller un certain nombre d'énergie ou un certain effort simplement pour faire des expériences.

Le problème si vous voulez est quand



même assez important, l'expérience pour qu'elle soit valable doit être, si vous voulez, vraiment bien contrôlée, chacune des variables doit être contrôlée, or, on sait très bien que chez les étudiants ou chez les adolescents ou même chez de jeunes adultes, cette expérience est faite dans un sens et avec assez peu de rigidité et que de fait les variables ne sont pas contrôlées et que par conséquent l'individu peut tirer des conclusions qui très souvent ne sont que des rationalisations sur si vous voulez son comportement soit actuel ou soit passé ou soit futur.

DOCTEUR LAPLANTE:-

D'ailleurs, ce fait-là est assez intéressant, parce que certains nous en parlent assez souvent, on en parle parfois soit dans le milieu universitaire ou autres et on nous mentionne qu'il y a des gens qui en prennent, qu'il y a des usagers et qu'il y en a d'autres qui sont au courant de cet usage, qui seraient prêts à essayer sous contrôle les drogues, cependant, il faudrait savoir de quoi ça retourne cette histoire-là.

Ils sont assez inquiets vis-à-vis les drogues, c'est-à-dire qu'ils seraient prêts à l'essayer, mais sous contrôle, particulièrement quand on a affaire au L.S.D. plusieurs ont bien





conscience des dangers du L.S.D., même lors d'une première expérience et ne veulent absolument pas en faire usage d'une autre façon que sous contrôle.

Je ne sais pas, mais avez-vous d'autres questions?

M. GERALD LeDAIN, président:-

J'aimerais quand même poursuivre un peu le préambule, si je peux:

Qu'est-ce que l'évasion, l'idée d'évasion, professeur Trottier, est nécessairement mauvaise, toujours mauvaise pour la santé mentale, est-ce que cette détente quelconque du contact avec soit un type de réalité est nécessairement mauvaise?

DOCTEUR TROTTIER:-

C'est une excellente question, monsieur le Président, et encore ici, si vous voulez, je pense qu'il faudrait être prudent.

De fait, si vous voulez, l'organisme humain dans un sens exige une détente, exige une évasion, le sommeil n'est quand même pas autre chose que ce genre d'évasion et on sait combien il est nécessaire.

Il y a eu des expériences qui ont été faites sur des étudiants dans de très nombreuses universités américaines, étudiants que l'on privait de dormir pendant des heures, et qui présentaient un état quasi-psychotique au bout



de quarante-huit (48) ou soixante-douze (72) heures.

Alors, il est sûr et certain donc que la détente est une certaine évasion et nécessaire. Par ailleurs, il faut bien, si vous voulez comprendre que justement le problème de l'évasion doit pour ainsi dire être relativement contrôlé et à ce moment-là, ce contrôle de l'évasion n'est pas nécessairement possible sans l'absorption de drogues d'une part, et d'autre part que le contrôle de l'évasion, si vous voulez, doit toujours être relativement volontaire.

Alors, à ce moment-là, ce qui se présente très souvent, c'est que justement devant des "stress", devant des difficultés qui se continuent l'individu qui a déjà utilisé de la drogue et qui, dans un sens, aurait une tendance à trouver trop difficile le "stress" devant lequel il est placé, pourrait facilement, si vous voulez, retourner à cette fonction artificielle.

C'est le problème, si vous voulez, de l'artificialité dans un sens, ce qui au plan psychologique si vous voulez me rend constamment perplexe, en ce sens que je n'ai rien contre l'évasion comme telle, je ne crois pas que cette évasion, que ce repos ou que cette détente ne soit nécessaire à la santé mentale même de tout individu, mais je pense que justement ce qui est





très important, c'est que l'évasion doit être la moins artificielle possible, la plus volontaire possible, et volontaire non seulement si vous voulez dans la prise de la drogue, mais volontaire en autant que chacune des activités qui vont suivre, alors si ceci ne se présente pas face à l'absorption de la drogue et par conséquent à ce moment-là il y a artificialité qui devient vraiment très dangereuse et qui enlève la dignité à l'individu, qui enlève sa responsabilité, lui enlève son état de conscience et l'empêche si vous voulez de vraiment se sentir libre à l'intérieur de cette détente.

Alors, c'est dans ce sens-là qu'il faut regarder ce problème. Je pense que ce n'est pas si vous voulez parce qu'il y a une évasion que c'est condamnable, c'est parce que dans un sens cette évasion n'est pas, si vous voulez, volontaire dans tout son processus, n'est pas si vous voulez vraiment un état de conscience complète dans tout le processus et que par conséquent, à ce moment-là, il n'y a pas vraiment une évasion qui soit satisfaisante pour l'individu parce qu'elle lui enlève le sens de sa responsabilité, le sens de sa conscience, le sens de son intégrité personnelle.

DOCTEUR LAPLANTE: -

Il y a un autre problème de relié à ça, si on



regarde au plan physique, on connaît comment fonctionne un peu le sympathique et le para-sympathique, qui se transpose au plan psychologique par tension et détente.

Maintenant, avec la drogue on peut relier la détente avec l'évasion. Maintenant, le problème c'est que l'évasion ou la détente dure très longtemps et est recherchée beaucoup trop de sorte que les périodes de tension n'arrivent pas à s'ajuster et c'est justement le phénomène de tension et détente qui fait fonctionner un individu.

Quand on parle d'irresponsabilité, quand on parle qu'un individu ne se prend plus en charge, dans un sens, c'est un phénomène de tension, détente, où au plan physique particulièrement le fonctionnement du sympathique et du para-sympathique n'existe plus jusqu'à un certain point. Alors, cela m'apparaît assez important dans ce sens.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Docteur Lehmann:-

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Je voudrais encore pousser la question philosophique un peu plus loin en me faisant peut-être un peu l'avocat du diable, si vous voulez.

Alors, si je comprends bien votre philosophie sociale, sur votre échelle de valeur





de la philosophie sociale; le premier critère est le bien-être social; pas le bien-être individuel, parce que ces individus pourraient argumenter en ce qui concerne réalité ou pas réalité, contact avec la réalité ou pas contact avec la réalité, si je me sens bien c'est tout ce qui compte. Nous savons naturellement que si beaucoup de gens perdent contact avec la réalité, que la société ne fonctionnera pas très bien.

Alors, la première valeur est alors le fonctionnement de la société?

Deuxièmement, je voudrais vous demander, vous avez parlé des effets nocifs, parce que l'individu sous l'effet de la drogue n'est pas libre, n'est pas tout à fait volontaire dans ce qu'il fait; il n'a pas toute sa responsabilité, tout cela naturellement s'applique aussi à nous tous pour un tiers de notre journée quand nous dormons, ce n'est pas seulement une détention, ce n'est pas une détention; c'est un retrait de la réalité, alors c'est un peu monstrueux vraiment si on regarde la chose en général que l'existence humaine; le troisième de l'existence humaine est dissipé, puis on peut dire en perdant le contact avec la réalité; mais c'est fait comme ça, apparemment la nature le veut.

Maintenant, est-ce que vous pensez que c'est nuisible à l'individu, parce que cela



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

le prévient ou l'empêche de développer tout son potentiel futur ou pensez-vous qu'à ce moment-là c'est quelque chose qui n'est pas digne d'un être humain que d'être sous l'effet d'une drogue?

DOCTEUR TROTTIER:-

Voici, d'abord au sujet de ce que vous avez dit tout d'abord de la philosophie sociale qui nous inspire, je pense que de fait, nous sommes d'accord pour insister sur une priorité à mettre au fonctionnement global.

La somme des éléments sociaux ne peut permettre, si vous voulez l'atteinte de buts sociaux et il faut forcément qu'il y ait une certaine coordination et cette coordination nous apparaît nécessaire et nous apparaît non seulement nécessaire, mais il faut plus que ça que chacun des éléments d'un ensemble, du tout, puisse vraiment, si vous voulez, s'intégrer à ce tout pour atteindre le but global.

Ca, je pense que toutes les notions d'organismes que nous pourrions développer... ici nous feraient assurément d'excellents exemples pour montrer que lorsque certains éléments organiques commencent à fonctionner, si vous voulez, pour ainsi dire pour leur seul plaisir et pour leur seul besoin élémentaire moléculaire, à ce moment-là, nous avons un dysfonctionnement global



de l'organisme et même un dysfonctionnement élémentaire moléculaire.

C'est donc si vous voulez de façon analogique que nous considérons la société.

Deuxièmement, la deuxième partie de votre question au sujet du sommeil. Il est sûr et certain que nous perdons beaucoup de temps, un tiers de notre vie à dormir.

Remarquez que je ne crois pas malgré tout, si vous voulez, que ce soit si involontaire que cela.

Les études qui ont été faites sur l'insomnie nous montrent de façon assez évidente, je crois que les individus ont de fait, ou enfin qu'un très grand nombre d'individus qui sont très nerveux, ont très peur de s'endormir et qu'ils sont placés dans une situation si dangereuse lorsqu'ils sont au sommeil que leur censure est endormie lorsque justement ils n'ont plus un contrôle total, jusqu'à un certain point à ce moment-là, ils ne désirent pas tomber dans le sommeil. Ce qui signifierait de fait à ce moment-là que dans un sens l'individu qui a réussi à atteindre le niveau de sommeil est un individu non seulement qui a accepté volontairement le début du processus, mais a accepté tout le long le processus, c'est-à-dire la possibilité de laisser dormir la censure, la possibilité de





perdre conscience, mais de perdre conscience dans un sens assez contrôlé. On sait très bien que malgré tout, n'est-ce pas, même à l'intérieur du sommeil il demeure un certain contrôle et les expériences faites sur les rêves etc. nous le montrent de façon évidente.

Enfin, troisièmement, vous parliez... j'ai oublié votre troisième point, je m'excuse.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-  
Bien, je crois que vous avez tout couvert tout ce que je voulais dire en ce qui concerne la philosophie sociale, que c'est la première valeur, que c'est la base, que c'est l'aspect global de la société.

Deuxièmement, il y a une régression nécessairement, une descente... pas nécessairement une évasion, mais peut-être une régression, une réjection comme nous avons dans le sommeil. Cette idée de détente est différente de l'évasion. Justement on entre dans une autre dimension parce qu'on le veut.

Ah! oui et l'autre question était... si l'individu, ah! je l'ai oubliée maintenant, c'est correct.

DOCTEUR TROTTIER:-

De toute façon, au sujet du sommeil il me revient quelque chose. Il ne s'agit peut-être pas de faire une analyse statistique des



gens au sommeil, parce qu'à ce moment-là, nous pourrions, si vous voulez, retrouver possible-ment une certaine régression et un certain nombre de réjection et de fait des gens dorment quelquefois sans avoir, sans retrouver la détente, sans avoir l'effet voulu, l'effet désiré, désirable.

Il faudrait peut-être regarder exactement ce que c'est que le sommeil, et à ce moment-là, eh! bien, on s'apercevrait que de fait, un sommeil réparateur est essentiellement un sommeil où jusqu'à un certain point il y a un certain contrôle où il y a un abaissement réel si vous voulez, de toutes les tensions neurologiques, pour retrouver, si vous voulez, un état de détente et un état de détente qui reste malgré tout relativement contrôlé sur un certain nombre de phénomènes psychologiques comme tels, c'est-à-dire qu'encore ici le vrai sommeil, le bon sommeil n'est pas un sommeil qui est fait sans rêve, ce n'est pas un sommeil qui est tout simplement, si vous voulez, de dormir comme une roche, mais c'est un sommeil où justement, si vous voulez, il y a une possibilité où il y a dans l'organisme une détente et la possibilité de laisser passer un certain nombre d'activités qui n'ont pas pu passer durant la journée, de pouvoir vraiment, si vous voulez,





retrouver un équilibre réel à l'intérieur de  
l'organisme.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

C'est précisément ce que beaucoup de  
gens qui prennent une drogue disent que c'est  
comme ça que ça se passe, qu'ils sont capables  
de travailler comme dans un rêve avec des im-  
pressions que dans la réalité ils ne peuvent  
maîtriser.

DOCTEUR TROTTIER:-

C'est possible que beaucoup disent  
ça, si vous voulez; mais je sais par expérience  
personnelle, j'ai eu affaire avec des adolescents  
qui ont pris de la drogue et ça nous a montré  
que ces individus ont des impressions de travail-  
ler et comme si jusqu'à un certain point ils  
produisaient quelque chose d'important, tandis  
qu'au plan objectif de la chose, à ce moment-  
là, on doit pour ainsi dire quand même corriger  
leur impression et bien leur montrer que de  
fait, n'est-ce pas, ils n'ont rien accompli,  
ils n'ont pour ainsi dire vraiment rien produit  
comme tel, et jusqu'à un certain point, ils  
se sont tout simplement leurrés, et ça a permis  
si vous voulez aux fonctions humaines psycho-  
logiques de vraiment s'endormir, de se placer  
dans un décor estompé et ne pas permettre vrai-  
ment à l'individu d'atteindre le niveau de



détente réel.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire:-

Si on peut peut-être poser une dernière question, dans le préambule, tout à l'heure, quand nous avons parlé d'effort lié à la drogue, personnellement, je pense par exemple au cas du diabétique qui doit vraiment faire un effort pour prendre régulièrement sa quantité d'insuline, qui lui permet de fonctionner, c'est une entreprise consciente où il y a acceptation du fait qu'on a une infirmité, un handicap et le fait de se rendre vers le médicament éventuellement se l'administrer; évidemment, on n'est pas habitué à penser dans ces termes à propos de l'usager non-médical de la drogue, mais c'est le désavantage de l'utilisation d'un mot tel que médical dans un domaine comme celui-ci. Si on oublie par hypothèse les analogies comme celle que je viens de mentionner, peut-être qu'on peut tenter de dire que c'est une façon de ne rien résoudre et d'attendre.

DOCTEUR TROTTIER:-

Bien, remarquez bien que dès qu'il y a un usage médical, dès qu'il y a un usage thérapeutique, à ce moment-là, il s'agit, si vous voulez, d'une nécessité de contre-balancer un organisme qui jusqu'à un certain point est déficient



et qui ne pourrait pas fonctionner sans justement cette aide de la drogue.

Dans ce sens-là, il peut y avoir un effort, parce que de fait, si vous voulez, l'individu doit constamment être placé devant cette déficience, et par conséquent, à ce moment-là, il préférerait dans un sens ne pas avoir besoin de la drogue.

Cette analogie qui ne peut pas s'utiliser pleinement face à des usagers.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire: -

Pourquoi ça?

DOCTEUR TROTTIER: -

Parce que dans un sens, si vous voulez, l'individu qui a besoin de drogue pour conserver son état de conscience est fort différent de l'usager qui cherche la drogue pour perdre son état de conscience, c'est notre interprétation.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire: -

C'est votre interprétation à ce moment-là?

PROFESSEUR TROTTIER: -

Ca apparaît être l'interprétation dès qu'on rencontre, à tout le moins des adolescents ou même des adultes, qui vont prendre du Valium dans des quantités très fortes. tout simplement





pour ne pas sentir le poids du jour.

DOCTEUR LAPLANTE:-

A mon sens dans l'usage thérapeutique il y a un contrôle des acides et il y a déjà si on veut, un handicap, une discipline qui vient se lier à quelque chose de difficile, de fatigant, d'astreignant, tandis que dans l'autre sens, c'est un échappatoire.

Evidemment, dans votre question tout à l'heure concernant le sommeil, si je peux me permettre d'y revenir, dans le sommeil, il y a ceux qui ont peur du sommeil et qui disent vont faire de l'insomnie et il y a ceux aussi qui dorment beaucoup, qui fuient dans le sommeil.

On rencontre à ce moment-là des gens qui dorment, je ne sais pas, un douze, treize ou quatorze heures par jour, c'est un peu l'inverse. Dans un sens les extrêmes se rapprochent.

Aussi il faut signifier que c'est difficile de faire un classement, d'étiqueter jusqu'à un certain point les usagers de la drogue à savoir eux autres sont bons, un n'est pas bon, il y a ceux qui en prennent pas qui sont bons, ceux qui en prennent ne sont pas bons ou inversement, c'est-à-dire que celui qui fuit d'une façon très apeurée de ces choses, qui n'en prend pas quand il en a besoin ou bien un autre qui prend des amphétamines à excès, alors, à un



- 30 -

moment donné il est handicapé d'une façon ou  
d'une autre. Je ne crois pas qu'on puisse étique-  
ter les gens en signifiant que les usagers vont  
vers une défaillance complète de la personnalité,  
tandis que les autres s'en vont sur un bon chemin.  
Je pense qu'il faudrait faire attention à ça.

ODETTE GAGNON  
sténotypiste officielle.





ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

MONSIEUR GERALD LeDAIN, Dr.

DOCTEUR JACQUES LAPLANTE:



LE RÔLE DES SERVICES SOCIAUX

On a vu que les services sociaux ont un rôle à jouer dans la vie de la communauté. Ils sont responsables de la mise en œuvre de programmes et de services qui aident les personnes à surmonter leurs problèmes et à améliorer leur qualité de vie. Ils travaillent en collaboration avec les autres services de la communauté pour assurer une prise en charge globale des besoins des citoyens.

PROFILS DES SERVICES SOCIAUX

SOMMAIRE

1. Introduction

Le rôle des services sociaux est de

2. Objectifs des services sociaux

3. Les services sociaux et la communauté

Les services sociaux ont un rôle à jouer dans la vie de la communauté. Ils sont responsables de la mise en œuvre de programmes et de services qui aident les personnes à surmonter leurs problèmes et à améliorer leur qualité de vie. Ils travaillent en collaboration avec les autres services de la communauté pour assurer une prise en charge globale des besoins des citoyens. Les services sociaux ont un rôle à jouer dans la vie de la communauté. Ils sont responsables de la mise en œuvre de programmes et de services qui aident les personnes à surmonter leurs problèmes et à améliorer leur qualité de vie. Ils travaillent en collaboration avec les autres services de la communauté pour assurer une prise en charge globale des besoins des citoyens.

4. Les services sociaux et la famille

5. Les services sociaux et la santé

Les services sociaux ont un rôle à jouer dans la vie de la communauté. Ils sont responsables de la mise en œuvre de programmes et de services qui aident les personnes à surmonter leurs problèmes et à améliorer leur qualité de vie. Ils travaillent en collaboration avec les autres services de la communauté pour assurer une prise en charge globale des besoins des citoyens. Les services sociaux ont un rôle à jouer dans la vie de la communauté. Ils sont responsables de la mise en œuvre de programmes et de services qui aident les personnes à surmonter leurs problèmes et à améliorer leur qualité de vie. Ils travaillent en collaboration avec les autres services de la communauté pour assurer une prise en charge globale des besoins des citoyens.



ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

et l'autre individu qui, jusqu'à un certain point, n'a pas cette personnalité relativement structurée.

Ici, si vous voulez, c'est qu'il est assez important de saisir que chez l'individu relativement structuré, l'utilisation de la drogue n'est qu'un moyen et un moyen qu'il va utiliser dans un sens de façon relativement rationnelle. Il n'utilisera pas lorsqu'il n'aura plus besoin de ce moyen tandis que chez l'individu qui est plus faiblement structuré, ça devient, si vous voulez, au contraire non pas un moyen, mais ça devient une fin, en soi, ça devient dans un sens un *goal* qu'il va rechercher constamment et qui va l'empêcher d'atteindre vraiment une notion d'identité personnelle.

Je ne crois pas que l'on puisse dire, n'est-ce pas, au plan psychologique que *les individus ne devraient pas utiliser la drogue*. Je pense qu'on devrait possiblement, si vous voulez, la défendre... jusqu'à un certain âge ou encore si vous voulez permettre que des individus qui ont suffisamment de personnalité et suffisamment de structure personnelle puissent possiblement si vous voulez l'utiliser de façon contrôlée pour atteindre des niveaux supérieurs, tant qu'ils n'ont pas cette possibilité-là.

Dans un sens, ça s'appelle *l'usage contrôlé*. C'est, ça, ça s'appelle *l'usage contrôlé* de personnalité, et c'est là, c'est là, d'en conserver l'état de moyens plutôt que d'en faire une fin comme telle et c'est exactement ce que





ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

l'on rencontre chez de très nombreux adolescents qui ont commencé, si vous voulez, à faire l'usage de la drogue simplement par expérience, simplement pour possiblement atteindre des niveaux de conscience et des niveaux de satisfaction qu'ils n'avaient jusqu'alors pas connus, mais qui jusqu'à un certain point, en raison de leur faiblesse de structure personnelle, n'ont pas réussi à se dégager de l'utilisation de la drogue et en sont devenus esclaves et en ont fait vraiment une fin en soi et c'est là qu'est le problème.

Je pense que nous avons, lorsque je faisais tantôt un peu... j'apportais un peu tantôt l'idée de la consommation de la société consommatrice, je ne pense pas que l'on puisse dire que parce que notre société est consommatrice actuellement, nous devrions, si vous voulez, totalement l'empêcher de consommer, mais parce qu'évidemment, ça aurait des effets très sérieux, mais d'autre part cette consommation doit être vue comme un moyen et non pas comme une fin et dès que justement, si vous voulez, la consommation devient essentiellement une fin et quasi une fin sociale en soi, à ce moment-là je pense que la consommation prend une allure qui, jusqu'à un certain point, est relativement condamnable.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commissaire:

Vous vouliez passer à la description des drogues, je crois.



76  
ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

DOCTEUR JACQUES LAPLANDE

Je vais essayer de résumer assez rapidement pour qu'on puisse aller à la période de questions un petit peu.

D'abord, je vais dire un peu de la situation, puis je vais parler de l'ensemble. Il y a un état de fait qui se constate, à savoir qu'un usage très grand, présentement j'utilise deux grandes séries: tranquillisants et amphétamines et d'un autre côté je situe les autres: opiacés-hallucinogènes.

Si je me situe au plan des opiacés, par exemple, on voit que le commerce de ça entraîne des déboursés d'argent très grand. On peut voir le phénomène d'importateurs, de colporteurs, ensuite et l'utilisateur habituel, si on veut, qui, tout ce réseau-là clandestin qui fonctionne, on sait parfois que quelques chiffres, je ne sais pas si c'est vraiment exact, on s'adonne à dire que oui; par exemple un kilo d'héroïne au point de départ coûte trois cent cinquante dollars (\$350); importé, trois mille cinq cents (3,500); avec transformés en capsules monte à trente-cinq mille dollars (\$35,000); quand l'utilisateur va l'employer, le coût en est de quatre cent mille dollars (\$400,000). C'est un phénomène comme tel où l'usage est énorme.

D'autre part, les barbituriques, l'usage des barbituriques amphétaminés sont aussi très grands. On le constate de toutes parts.

Maintenant, vis-à-vis ça, si je me situe





ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

vis-à-vis la légalité de la chose, je crois qu'il y a un lien entre d'une part les opiacés-hallucinogènes et ce que j'appelle une désintégration sociale. Désintégration sociale, c'est-à-dire que les usagers des opiacés-hallucinogènes vont se former un réseau assez propre, c'est-à-dire une sous culture qui vient à l'encontre, jusqu'à un certain point; des normes de la culture globale à cause, disons, du commerce clandestin et à cause aussi du fait que l'utilisateur est obligé, à cause du coût considérable que son emploi de la drogue lui cause, va être obligé de faire des vols pour se permettre d'acheter justement ces opiacés-là.

On s'adonne aussi à dire, cependant c'est relatif, que dans les grandes villes, jusqu'à cinquante pour cent (50%) des vols simples jusqu'à un certain point sont attribuables aux usagers des drogues qui emploient cet argent-là ensuite de ça pour s'acheter de la drogue comme telle.

On s'adonne aussi à dire que l'individu est obligé de voler quand il vole pour cinquante dollars (\$50) en rapport avec le réseau, ça va lui donner un pouvoir d'achat de drogues de dix dollars (\$10). Alors il peut voler beaucoup plus, disons, pour se procurer sa drogue. Alors, disons qu'il y a un lien entre ce phénomène-là.

D'autre part, je fais une étiquetotomie ici pour signifier qu'il y a un lien entre les barbituriques, tranquillisants et stimulants et les milieux favorisés, cette fois-ci. On citait, par exemple, le phénomène en particulier à Los Angeles où par



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

LE GOUVERNEMENT DES SERVICES SOCIAUX



TABLE DES MATIERES

1. Introduction  
2. Objectifs de la mission  
3. Méthodologie  
4. Résultats  
5. Conclusion  
6. Recommandations  
7. Annexes

1. Introduction  
2. Objectifs de la mission  
3. Méthodologie  
4. Résultats  
5. Conclusion  
6. Recommandations  
7. Annexes  
8. Bibliographie  
9. Glossaire  
10. Liste des figures  
11. Liste des tableaux  
12. Liste des acronymes  
13. Liste des sigles  
14. Liste des noms  
15. Liste des dates  
16. Liste des lieux  
17. Liste des personnes  
18. Liste des documents  
19. Liste des sources

1. Introduction  
2. Objectifs de la mission  
3. Méthodologie  
4. Résultats  
5. Conclusion  
6. Recommandations  
7. Annexes  
8. Bibliographie  
9. Glossaire  
10. Liste des figures  
11. Liste des tableaux  
12. Liste des acronymes  
13. Liste des sigles  
14. Liste des noms  
15. Liste des dates  
16. Liste des lieux  
17. Liste des personnes  
18. Liste des documents  
19. Liste des sources

PROFESSEUR A. DI. PERTRAND

1. Introduction  
2. Objectifs de la mission  
3. Méthodologie  
4. Résultats  
5. Conclusion  
6. Recommandations  
7. Annexes  
8. Bibliographie  
9. Glossaire  
10. Liste des figures  
11. Liste des tableaux  
12. Liste des acronymes  
13. Liste des sigles  
14. Liste des noms  
15. Liste des dates  
16. Liste des lieux  
17. Liste des personnes  
18. Liste des documents  
19. Liste des sources





DOCTEUR JACQUES LAPLANTE,

DOCTEUR LAPLANTE:







ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

A ce moment-là, la loi, elle est relative.





ECOLE DES SERVICES SOCIAUX



ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

fonction du criminel si il est...  
c'est assez important et que déjà ça serait, si vous  
voulez, non pas...  
sage de la drogue, mais ça pourrait ajuster un cer-  
tain point, corriger une situation où on ne...  
Je pense que c'est assez, si vous voulez, semblable  
à la situation qu'on peut retrouver à t...  
le code criminel.

Ce n'est pas, si vous voulez, parce que  
par exemple il y a eu viol qu'on doit forcément at-  
tribuer quatorze (14) ans de pénitencier et dix  
coups de fouet. Mais d'autre part, ce...  
d'autre part...  
Je pense que c'est assez, si vous voulez, semblable  
à la situation qu'on peut retrouver à t...  
le code criminel.



BOULEVARD DES SERVICES SOCIAUX

trainier des e...  
pour, si vous voulez, l'état psycho-social de  
la société et par conséquent, à ce moment-là, je  
pense qu'avant de penser, si vous voulez, à l'égalité

DOCTEUR J. L. LAPLANTE:





MOULDS DES SERVICES SOCIAUX

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

1. Le but de ce rapport est de fournir une vue d'ensemble des services sociaux offerts par le gouvernement de la province de Québec. Les données sont tirées de la base de données du Service des statistiques sociales, qui est mise à jour régulièrement. Les données sont présentées sous forme de tableaux et de graphiques. Les tableaux sont classés par type de service et par région. Les graphiques sont classés par type de service et par région. Les données sont présentées sous forme de tableaux et de graphiques. Les tableaux sont classés par type de service et par région. Les graphiques sont classés par type de service et par région.

2. Les services sociaux sont offerts par le gouvernement de la province de Québec. Les données sont tirées de la base de données du Service des statistiques sociales, qui est mise à jour régulièrement. Les données sont présentées sous forme de tableaux et de graphiques. Les tableaux sont classés par type de service et par région. Les graphiques sont classés par type de service et par région. Les données sont présentées sous forme de tableaux et de graphiques. Les tableaux sont classés par type de service et par région. Les graphiques sont classés par type de service et par région.

3. Les services sociaux sont offerts par le gouvernement de la province de Québec. Les données sont tirées de la base de données du Service des statistiques sociales, qui est mise à jour régulièrement. Les données sont présentées sous forme de tableaux et de graphiques. Les tableaux sont classés par type de service et par région. Les graphiques sont classés par type de service et par région. Les données sont présentées sous forme de tableaux et de graphiques. Les tableaux sont classés par type de service et par région. Les graphiques sont classés par type de service et par région.



ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

DOCTEUR JACQUES LAPLANTE:



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30





ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

Le but principal de l'École des Services Sociaux est de former des travailleurs sociaux qualifiés pour servir la communauté. Le programme est conçu pour fournir une éducation de base en sciences sociales, en psychologie et en travail social. Les étudiants sont encouragés à participer à des activités de service communautaire pour développer leurs compétences pratiques. L'École offre également des bourses d'études et des programmes de mentorat pour soutenir les étudiants dans leur parcours académique et professionnel.

DOCTEURAT EN TRAVAIL SOCIAL

Le Doctorat en Travail Social est un programme de recherche avancée qui vise à préparer des professionnels pour des rôles de leadership dans le domaine du travail social. Le programme est axé sur la recherche théorique et appliquée, ainsi que sur le développement de compétences en gestion et en évaluation de programmes. Les étudiants sont encouragés à participer à des projets de recherche et à publier leurs travaux. Le programme offre également des bourses d'études et des programmes de mentorat pour soutenir les étudiants dans leur parcours académique et professionnel.













ECOLE DES JURS DE SUEDE

DOCTEUR MICHEL TROTTIER:

Dans notre province, il y a

avions un mal physique qui était ti

pu avant des implications soci

tuberculose et tout individu qui était

tuberculeux était nécessairement orien

sanatorium pour être traité et arrêter de

autres membres de la société.

On ne faisait pas à ce moment-là, semble

faculté à un plan philosophique en con

entraînait la liberté individuelle.

on considérait que justement cet int

de sa possibilité de recevoir

de se soumettre. Chez des amis et

chez la tuberculose était une raison

de penser que si vous voulez,

peut exister une situation analog

il est évidente un usager habituel de la

est diagnostiqué comme tuberculeux

la possibilité de recevoir

et aussi traité et d

n'étant quand même pas bien

apporter de la drogue ne sont

vidus qui préexistent, si vous voulez, de

tion très complexe, c'est

le devoir non seulement de

z, du traitement de cet individu, mais







ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

diriger les travaux de nos étudiants et leur faire  
apprendre.

Bien, il est sûr et certain que ça va se  
faire, si vous voulez, avec, dans un sens, quelques  
erreurs, quelques tatonnements, mais d'autre part.  
je pense que c'est le prix que l'on doit payer pour  
atteindre un niveau de fonctionnement...  
satisfaisant.

PROFESSEUR MARIE-ANDRÉE BERTRAND, commis

Laplante, est-ce que vous voulez...  
peux demander à monsieur Trottier, c'est  
de mots, mais je voudrais...  
qu'il y ait...  
c'est tout.

DOCTEUR ALBERT TROTTIER.

Bien, voici, c'est que dans un sens, je  
pense que les obligations de vous...  
fait se présente souvent chez nous, psychologues,  
lorsque nous sommes en bureau privé, certaines per-  
sonnes viennent nous voir pour obtenir un traitement  
psychologique et d'autres viennent nous voir, si  
vous voulez, simplement savoir un peu s'ils sont  
normaux ou pas. Quelques-uns de ces derniers auront  
besoin d'un traitement de façon...





ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

ROBERT W. HERALD, Editor.

Docteur Lehmann.

DOCTEUR HEINZ LEHMANN, commissaire



ECOLE DES SERVICES SOCIAUX

qui ferait la différence; le médecin ou le psychiatre  
l'individu; ce n'est pas justement à cet individu qu'il  
définitivement ont tenté à être réhabilités et les  
liens et pour moi, par exemple, qui ont été éliminés  
ce qui fait que le médecin ou le psychiatre ne  
cessent d'être dans le fait de la vie avec la pos-  
sibilité de la vie, de la vie de la vie, de la vie  
mais ne cessent pas d'être réhabilités de la vie,  
alors ce n'est pas la vie de la vie de la vie et  
maintenant qui va faire la différence de la vie de la vie  
personne aussi parce que nous avons une grande différence  
de la vie de la vie de la vie sans la vie de la vie de la vie  
dire qu'il est la vie de la vie de la vie avec la vie de la vie  
nous; les chances sont pour la vie de la vie. Si nous  
voulons la vie de la vie, justement, sur la vie de la vie de la vie  
jugement de la vie de la vie.



DOCTEUR LAPLANTE:-

Disons qu'on peut partir du point de vue, quand on parle d'un individu, de quelqu'un qui est nuisible à la société, bon. Partant de cet individu-là, légalement, il sera arrêté et quand je parle qu'on le mette en traitement obligatoire, pour moi ça signifie que l'individu ne doit pas être mis dans un entrepôt, mais qu'il doit être envoyé dans un centre assez restreint, où là, il a charge de ses choses personnelles.

Et je pense à l'exemple d'une clinique, celle de Van Der Oderpû des récidivistes arrivent et là on leur donne un pantalon, une chemise qui leur appartiennent et ils sont responsables de leur fonctionnement. Ils ont du travail à faire pour pouvoir avoir une chemise neuve, il va falloir qu'il la gagne. C'est dans ce sens-là que l'individu est amené à être obligé dans un sens de prendre ses responsabilités.

S'il veut regarder la télévision il doit avoir l'assentiment de ses copains, à ce moment-là, si sa conduite a été inadéquate, ses copains, ses collègues du centre ne l'accepteront pas, etc.

Et de même au fur et à mesure que ça se passe, il sera amené à être en charge de ses responsabilités, alors actuellement, dans un de nos centres réguliers, s'il déchire sa chemise, on va lui en donner une autre tout de suite. Ca





part de ce point de vue.

PROFESSEUR TROTTIER:-

Au sujet de la responsabilité de décision, je pense qu'il s'agit ici de penser d'une façon un peu différente, si vous voulez, à celle que nous avons toujours eue.

A savoir que même au niveau du diagnostic, face à ça, il y a une absence très souvent de communication entre clinicien, diagnostic et le Juge.

Je pense que c'est une décision qui doit être commune, qui ne peut être donnée par le Juge, mais qui doit être commune, et qui doit vraiment si vous voulez faire l'état d'un esprit d'équipe réel et ça je pense que c'est très souvent ce qui ne se présente pas.

Très souvent chacun pour ainsi dire reporte la responsabilité de la décision sur le voisin et dans un sens à ce moment-là, c'est trop souvent le Juge qui a l'odieux de la tâche de décider lui-même, de diriger un délinquant vers une clinique de traitement.

Remarquez que c'est déjà un moyen de s'assurer que le traitement ne sera pas valable, puisque jusqu'à un certain point, il y a la possibilité de la part du délinquant de placer comme responsable le Juge représentant la société comme telle, et c'est lui seul qui



1 porte l'odieux de la tâche.

2 Dans un sens, si nous pensions à  
3 une responsabilité, si vous voulez, un peu élar-  
4 gie, un peu plus communautaire, je pense qu'on  
5 pourrait retrouver des exemples différents  
6 dans des pays, soit en Angleterre par exemple  
7 ou même en Hollande, où vous avez justement non  
8 pas une décision d'un seul individu, mais une  
9 décision de la communauté.

10 Une décision de la communauté qui  
11 implique un jugement clinique apporté par un  
12 clinicien approprié, mais aussi dans certains  
13 cas et jusqu'à un certain point une consulta-  
14 tion des pères, il y a des consultations avec  
15 les parents, vous avez des consultations avec  
16 des individus qui sont impliqués avec ce dé-  
17 linquant et qui, à ce moment-là, si vous voulez,  
18 considèrent globalement et de façon relativement  
19 démocratique... je crois que je vais enlever  
20 le mot relativement, je m'excuse. De façon dé-  
21 mocratique, parce que mademoiselle Bertrand va  
22 me mettre en boîte avec mon "relativement".  
23 J'enlève donc le mot "relativement".

24 De façon démocratique, vont réussir  
25 à atteindre une décision de traitement d'obliga-  
26 tion et vous remarquez que c'est dans ce sens-là  
27 très facile.

28 Actuellement, c'est difficile de fonc-  
29  
30



tionner jusqu'à un certain point dans ce cadre  
d'obligation légale, puisque vraiment les  
cliniques ou enfin tous les membres qui sont  
autour de l'individu délinquant n'ont aucune  
responsabilité eux, "they just pass the buck",  
ils passent la responsabilité au voisin, et  
c'est le Juge à ce moment-là qui a l'odieux de la  
tâche.

Je pense que c'est vraiment, si  
vous voulez, à ce niveau de pensée criminologique  
assez moderne qu'on pourrait atteindre un fonc-  
tionnement social réel et en ce sens-là le  
délinquant serait orienté vers une clinique de  
traitements, il ne pourrait pas ainsi dire,  
considérer que ce traitement, il ne le doit  
qu'à un seul individu, qu'à un seul représentant  
de la société, mais qu'il le doit justement à  
un certain groupe d'individus, qui sont autour  
de lui et qui considèrent qu'il a vraiment  
besoin d'être réadapté, c'est un peu si vous  
voulez comme ça que je le vois."

DOCTEUR LAPLANTE: -

Disons que, si je peux suivre mon  
idée, encore je ne crois pas que l'on puisse  
obliger l'individu à se faire traiter, il faut  
que le contexte dans lequel il soit, l'amène à  
collaborer, ce qui est très différent à mon  
avis, et à ce moment-là, il peut prendre ses





responsabilités.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:

Les faits sont que la plupart des gens ne veulent pas être traités, ils veulent qu'on les laisse en paix, c'est tout.

DOCTEUR LAPLANTE:-

Dans le mécanisme actuel, c'est de même que ça existe. On disait la même chose des criminels récidivistes, et l'exemple montre quant au fait clinique qu'il semble que mis dans un contexte différent où ils ont charge de toutes leurs choses, et si à ce moment-là, il a des fonctions, il assume ses intérêts, et si je réfère par exemple à nos prisons ici où l'individu est envoyé en prison et tout ce qu'il fait c'est qu'il dort douze (12) heures par jour, le reste du temps il mange et il regarde la télévision, sans sortir de là, et après un an quand il sort, on lui demande de travailler. C'est impossible...

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Je connais la psychopathologie des toxicomanes et même s'ils veulent se faire traiter ils vont l'accepter pour une semaine, trois ou quatre et maintenant, c'est ça, c'est assez, ils disent: "Je suis guéri". C'est un non-sens, justement, on gaspille de l'argent, du temps, des efforts, mais ces gens-là après quatre (4)



1  
2  
3 semaines pensent qu'ils peuvent rester dans  
4 n'importe quelle ambiance que tout est changé,  
5 qu'ils n'ont plus le désir de prendre de la  
6 drogue. Ils se disent: "Je suis guéri, laissez-  
7 moi sortir". Qu'est-ce qu'on va faire?

8 DOCTEUR LAPLANTE: -

9 Si je continue l'idée que je dévelop-  
10 pais tout à l'heure, je parlais d'individus nuisi-  
11 bles à la société, qui étaient arrêtés, et il y  
12 aura dans les milieux fermés, tout le processus  
13 de continuation où il sera dans un milieu pour  
14 être traité comme dans un milieu d'internement.

15 On voit qu'il prend charge de ses  
16 responsabilités graduellement, alors on pourra  
17 l'essayer en dehors et naturellement c'est très  
18 difficile...

19 DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire: -

20 Le traitement sera impossible car  
21 presque tous après trois ou quatre semaines,  
22 ils peuvent prendre presque toutes leurs res-  
23 ponsabilités, et apparaître très bien, mais on  
24 sait par expérience, on sait très bien que c'est  
25 impossible pour lui d'avoir achevé vraiment  
26 la guérison.

27 DOCTEUR TROTTIER: -

28 Je pense justement qu'il doit y avoir  
29 une obligation, une obligation qui peut être  
30 aussi légale et qui doit aussi être légale, c'est-



à-dire que l'individu est placé dans un cadre de traitement pour une période indéterminée.

Justement ce n'est pas parce qu'il se considère comme guéri au bout de quatre semaines qu'il doit partir remarquez bien.

DOCTEUR LAPLANTE:-

Mais il devra partir s'il a pris à charge certaines responsabilités qui indiquent à la clinique comme telle, qu'il a pris ses responsabilités, je crois que ça fait partie du jeu à ce moment-là.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Dans ce cas les médecins n'accepteraient pas de traiter ces gens parce que c'est gaspiller les efforts, l'argent, alors qu'il y a d'autres gens qui auraient besoin d'être traités. Traiter un toxicomane en trois semaines c'est ridicule, il peut très bien paraître très bien après deux semaines, accepter toutes ses responsabilités, mais on sait que presque à cent pour cent, il va y avoir une rechute.

DOCTEUR TROTTIER:-

Et je pense qu'il devrait y avoir une obligation légale à ce moment-là, c'est-à-dire que tout l'appareil qui pour ainsi dire si vous voulez, représenté par le Juge, mais où l'individu aurait la possibilité quand même de s'apercevoir que ce n'est pas le Juge qui





est responsable de son internement, mais que c'est pour ainsi dire, si vous voulez, l'ensemble de ceux qui sont près de lui, qui désirent vraiment ça, et ce stage doit durer une période de six mois ou neuf mois, et à ce moment-là, il devra pour ainsi dire, si vous voulez, vraiment accepter finalement que son désir de partir au bout de quatre semaines, n'est qu'en fait une rationalisation, qu'une façon de se leurrer lui-même. Et le même phénomène se répète constamment chez les alcooliques, si vous voulez, au bout de deux semaines, ils considèrent qu'ils sont désintoxiqués, que maintenant ils peuvent partir et reprendre leurs responsabilités et on sait très bien qu'à la première occasion, ils vont retomber et je pense qu'on a le devoir de leur inculquer, si vous voulez, leur dire qu'ils se font des idées, leur montrer qu'il s'agit vraiment d'une rationalisation. A ce moment-là, ça les forcerait vraiment à demeurer à l'intérieur du cadre thérapeutique.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Professeur, d'après ce que j'ai compris ou peut-être que je devrais adresser cette question à vous docteur Trottier, je veux comprendre exactement le genre de responsabilités de votre clinique, et je veux me former une idée plus précise de ces cliniques dont vous avez



1  
2  
3 parlé, et leurs liens avec les facilités;  
4 les causes générales pour traiter les effets  
5 de toxicité. Nous cherchons, on nous a dit  
6 qu'on ne peut pas chercher une solution globale,  
7 uniforme à cette disposition, pour les facilités  
8 de traitement. Nous cherchons la meilleure  
9 disposition pour ces centres, et nous voulons  
10 comprendre exactement ce que vous envisagez  
11 pour ces cliniques que vous considérez comme  
12 nécessaires, s'il y a un accroissement de  
13 l'usage des drogues, stimulé ou non par les  
14 changements de lois. Je veux comprendre ça.

15 PROFESSEUR TROTTIER:-

16 Remarquez nous n'avons pas apporté une  
17 attention particulière à cette organisation précise.  
18 Mais, je pense que justement les hôpitaux  
19 généraux doivent la plupart du temps servir de  
20 dépistage, n'est-ce pas, et ne peuvent en aucune  
21 façon être des milieux thérapeutiques parfaits  
22 ou excellents, pour justement des individus qui  
23 sont en traitement, en raison de leur toxicomanie.

24 PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
25 commissaire:-

26 Mais servir de service de diagnostic ?

27 PROFESSEUR TROTTIER:-

28 De dépistage, oui.

29 PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, :

30 Commissaire:- Mais ils ne peuvent pas



mettre l'accent sur les traitements spécifiques.

PROFESSEUR TROTTIER:-

Je ne crois pas. Par ailleurs, je pense que justement au lieu de penser avoir des cliniques extrêmement larges et jusqu'à un certain point, si vous voulez, un peu entraînent l'individu à se perdre à l'intérieur du cadre thérapeutique, il faudrait socialiser, il serait de beaucoup préférable d'avoir des centres dissiminés un peu partout dans la campagne et à la ville où justement, si vous voulez, ces individus ayant été dépistés dans des hôpitaux généraux peuvent être dirigés par après selon leur consentement si c'est possible ou avec la nécessité d'un jugement pour justement être traités.

Remarquez que j'insiste énormément sur la vie un peu familiale, un peu sociale, qui doit exister à l'intérieur de ces cliniques, la vie sociale si vous voulez.

Justement; on doit chercher à développer le sens réel de la maladie, de la toximanie, qui est un sens où justement l'individu n'est pas guéri lorsqu'il ne sent plus pour ainsi dire l'excitation immédiate ou le besoin de stimulants immédiats et où justement il doit y avoir un réapprentissage complet de toute sa vie sociale, de toute sa vie familiale, de toute sa vie de responsabilités et jusqu'à un certain point se considérer





vraiment comme un malade qui ne peut pour ainsi dire plus se diriger vers l'utilisation des drogues.

DOCTEUR LAPLANTE: - - -

Vis-à-vis ça, j'ai peut-être des idées qui diffèrent un peu.

Les réformes éducatives signifient pour moi autre chose, je ne tenais pas compte que l'individu soit considéré comme un malade; je considère plutôt que c'est un individu qui a une perception différente des phénomènes et trouvent des moyens différents de résoudre ses problèmes. Et ce sont les solutions qu'il prend qui sont inadéquates.

Dans le processus de rééducation, il faut lui enseigner, lui inculquer à ce moment-là les moyens adéquats de résoudre ses problèmes qui sont différents de l'usage de la drogue par exemple et la perspective à ce moment-là d'éviter aussi le stigmat, le phénomène de bouc émissaire, qui est très douloureux à long terme.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire: - - -

Mais, je pense que vous êtes familiers tous deux avec peut-être ce mouvement à propos de l'enfance exceptionnelle ou l'enfance présentant des besoins spéciaux, et je pense que vous êtes



1  
2  
3 aussi familier avec les conclusions du rapport  
4 sur le chapitre de l'organisation voulant  
5 que le moins souvent possible on crée des ressour-  
6 ces spécifiques et donc étiquetantes pour des  
7 catégories de personnes qui ont des problèmes  
8 spéciaux, des besoins spéciaux.

9 A ce moment-là, comment les conciliez-  
10 vous si vous partagez ce programme, si vous parta-  
11 gez ce schéma d'organisation, si vous êtes d'accord,  
12 comment est-ce que vous réconciliez ça avec la  
13 thèse du professeur Michel Trottier, à l'effet  
14 que les hôpitaux généraux servent de sources  
15 de dépistage et de diagnostic, mais qu'ensuite  
16 les services spécialisés qui bien sûr vont être  
17 étiquetés comme des services pour drogués par  
18 la population. Comment est-ce que vous réconci-  
19 liez ça?

20 PROFESSEUR MICHEL TROTTIER: -

21 Bien remarquez que cet étiquetage  
22 pourra se faire si vous voulez au début, mais  
23 ce dont il s'agit c'est de redonner à l'individu  
24 un peu l'espoir de sa guérison et remarquez que  
25 dans un sens l'étiquetage cherche très souvent à  
26 enlever l'espoir de la guérison et à ce moment-  
27 là, même si l'étiquetage est fait par la popula-  
28 tion, même si de façon spécifique on sait que  
29 cette clinique est pour ainsi dire orientée et  
30 dirigée strictement pour les drogués, il reste



malgré tout qu'on devra jusqu'à un certain point leur enlever, plutôt leur donner l'espoir de leur guérison et faire en sorte que justement une fois qu'ils seront capables de prendre congé de cette clinique, qu'ils auront changé leurs perceptions, et qu'ils seront si vous voulez, vraiment guéris, mais qu'ils se considéreront comme des individus qui tout en étant guéris n'ont pas pour ainsi dire la possibilité de retourner à des moyens ou à des solutions identiques à celles qu'ils ont pris.

Remarquez que dans un sens l'étiquetage m'apparaît, si vous voulez, dangereux, surtout pour l'individu qui pour ainsi dire est appelé dans une situation à l'entrée à la clinique et où justement on ne lui permet pas de devenir capable de percevoir un certain espoir, n'est-ce pas, mais en dehors de ça, il reste malgré tout que la société d'une façon globale va quand même chercher à catégoriser et à établir si vous voulez des relations précises entre un individu et un autre.

DOCTEUR LAPLANTE:-

Et c'est un phénomène jusqu'à un certain point qu'on peut comparer je pense à certains hôpitaux psychiatriques qui étaient stigmatisés énormément et où on a commencé à faire sortir du milieu les malades, à les mettre dans la





communauté. Au début les individus étaient montrés du doigt, etc., et ils sont devenus petit à petit jusqu'à un certain point des gens considérés comme des citoyens normaux.

On a apporté à ce moment-là beaucoup de souplesse dans la pensée des gens, parce que justement il y a eu une expansion de phénomènes et je crois qu'une clinique par exemple ou un centre pour usagers des drogues pourrait fonctionner un peu de la même façon à savoir que l'individu qui va là pourrait selon le cas y demeurer d'une façon assez stricte et petit à petit, continuer à sortir.

Et d'un autre côté, cette clinique ne devrait pas être réservée d'une façon très stricte au sujet des drogues. Je pense qu'une clinique pourrait être aussi à l'usage de la communauté qui veut parfois des consultations, des gens qui veulent des renseignements, qui veut toutes sortes de choses, qui pourrait résoudre toutes sortes de problèmes propres à l'usage des drogues.

A ce moment-là l'image qu'on créerait de ce centre-là ne deviendrait pas stigmatisant, mais deviendrait plutôt un centre où on a créé l'image qu'ils sont là, disons pour aider les gens en difficulté, en besoin, et à ce moment-là, ça devient beaucoup plus positif.



DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Bien, je vois que nous sommes tous d'accord, qu'on devrait éliminer les stigmatisations de n'importe qui, d'un malade psychiatrique, de quelqu'un qui est en prison, de n'importe quelle personne. La stigmatisation est abominable, on devrait l'éliminer.

Maintenant, qu'est-ce qu'on va faire avec les gens qui devraient avoir du traitement dans un centre thérapeutique ou qui devraient être réajuster, comment devrait-on dans votre perspective leur expliquer ce qui se passe.

Maintenant, ils ne veulent pas entrer, on leur dit suivant le modèle médical: "Après tout vous êtes malades" ou "vous êtes un criminel, alors vous devrez faire du temps", est-ce qu'on peut dire: "Vous avez besoin de correction", c'est un concept tout à fait normal aujourd'hui, "on devrait vous corriger pour six mois ou un an", qu'est-ce qu'on doit dire?

DOCTEUR LAPLANTE:-

Je vois le phénomène, mais un individu, encore en partant du point de vue qu'il est nuisible à la société, qu'on lui signifie qu'il ne prend pas ses responsabilités dans un sens général, dans un sens très strict parfois à ce moment-là, il faut l'insérer dans un milieu où il pratiquera à apprendre ses responsabilités, dans



1  
2  
3 un sens, il deviendra responsable justement au  
4 point de départ c'est le principe de base, et  
5 petit à petit il pourra sortir éventuellement  
6 de la clinique, peut-être revenir les fins de  
7 semaine s'il a des problèmes particuliers.

8 DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:

9 Ce n'est pas sur le mode de traitement,  
10 mais comment lui expliquer ce qu'on veut faire  
11 comment le lui expliquer comme tel?

12 DOCTEUR TROTTIER:-

13 Personnellement, moi, je n'ai aucune  
14 objection à ce qu'on lui dise qu'il est malade,  
15 je n'ai aucune objection à ce qu'on lui dise non  
16 plus qu'il a besoin de correction. Je ne pense  
17 pas que ce soit essentiellement si vous voulez  
18 l'explication qu'on va lui donner qui compte,  
19 mais plutôt exactement l'espoir qu'on va faire  
20 jaillir chez cet individu à travers la relation,  
21 et remarquez bien dans un sens, qu'on devra  
22 possiblement être relativement ferme dans certains  
23 cas.

24 Je n'ai pas d'objection à ce qu'on  
25 dise ça, mais pour moi ça n'a aucune espèce d'im-  
26 portance, c'est si vous voulez, à partir de cette  
27 possibilité d'établir une relation avec un indivi-  
28 du, on va l'amener à sortir de ses difficultés  
29 et par conséquent, je reviens donc à dire qu'on  
30 pourrait très bien lui dire qu'il est malade,





1  
2  
3 qu'on pourrait très bien lui dire qu'il a besoin  
4 de correction, mais pour moi ça reste si vous  
5 voulez indépendant de ce qu'on pourra faire avec  
6 lui, parce que, ce qui compte justement c'est  
7 qu'il doit être pour ainsi dire intégré, inséré  
8 dans un centre, une clinique pour une période  
9 déterminée et minimale à partir de laquelle on  
10 pourra, si vous voulez justement utiliser des  
11 méthodes de traitement.

12 M. J. PETER STEIN, commissaire:-

13 Mais si la personne ne comprend pas  
14 qu'il a un problème, beaucoup de personnes à qui  
15 on a parlé au cours de cette Commission ont dit:  
16 "Nous n'avons pas de problèmes, le problème  
17 est avec vous, les docteurs, les médecins, les  
18 psychologues, vous avez un problème et moi je  
19 n'ai pas un problème".

20 Et je crois que c'est la chose  
21 que le docteur Lehmann voulait dire.

22 DOCTEUR LAPLANTE:-

23 Vis-à-vis ces faits-là c'est une  
24 perception proprement pure à eux autres qu'ils  
25 n'ont pas de problème comme je le disais tout à  
26 l'heure, aux Etats-Unis dans certains centres  
27 l'individu qui ne rencontre pas les normes de  
28 la société d'une façon assez adéquate, on va  
29 faire un contrat avec lui. C'est-à-dire qu'on  
30 lui signifie très clairement qu'il a négligé ses



responsabilités sur tel point et qu'en clinique on passe le contrat suivant qu'il aura telle responsabilité, et qu'il pourra prendre en mains ses responsabilités; petit à petit il devra rencontrer ses responsabilités et au fur et à mesure qu'il reprendra ses responsabilités, il pourra sortir. C'est un contrat et ceci est très clair et c'est à ce moment-là que je réponds à cette question du docteur Lehmann vis-à-vis les faits concrets, ces facteurs de la réalité...

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:

Ca ne marche pas dans la réalité médicale, on ne peut pas lui donner le privilège de sortir suivant la responsabilité qu'il a, ça ne marche pas, si on le laisse aller, on l'invite à tomber de nouveau dans l'usage de la drogue.

PROFESSEUR MICHEL TROTTIER:-

Remarquez qu'il reste malgré tout que ça ne détruit pas l'argument du docteur Laplante. Vous enlevez si vous voulez la possibilité de sortir et ce qui est important si vous voulez à saisir c'est que, et je sais très bien que ces gens-là ne se considèrent pas malades et je sais très bien que ces gens-là ne considèrent pas qu'ils ont besoin de correction et c'est pour ça que j'ai parlé de coercition tantôt et je pense que ce qui est important c'est



qu'à un moment donné il doit y avoir, si vous voulez un état de prise de conscience et un état très rationnel entre le thérapeute et le patient, qui fait en sorte que justement l'individu accepte un contrat et accepte le contrat de travailler dans un sens vers une prise de responsabilité globale et à ce moment-là, bien lorsque justement il aura acquis une responsabilité globale, mais non pas uniquement à l'intérieur du cadre institutionnel ou du cadre clinique mais même si vous voulez jusqu'à un certain point avec l'assurance que pour le thérapeute cet individu-là n'est plus un danger pour lui et pour la société.

A ce moment-là, il devient, si vous voulez, capable justement de s'intégrer à autre chose qu'à un cadre de clinique. Remarquez que l'expérience du docteur Laplante est surtout à partir des délinquants, mais je pense qu'à partir d'une réalité différente, c'est-à-dire d'une accoutumance ou d'une assuétude toxique que jusqu'à un certain point les principes restent les mêmes, même si jusqu'à un certain point les modalités sont différentes.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
Commissaire:-

A propos de cette notion d'espoir professeur Trottier que vous faisiez entrer en



1  
2  
3 ligne de compte tout à l'heure, l'espoir je pense  
4 bien ça suppose que la personne à qui vous vous  
5 adressez, que vous mettez en situation thérapeu-  
6 tique ou d'aide a envie de s'orienter vers des  
7 objectifs dont vous savez vous qu'ils sont désira-  
8 bles.

9 Ca suppose que ce que vous considé-  
10 rez comme amulette par rapport à son état actuel que  
11 ces personnes le considèrent comme mieux être.  
12 Est-ce qu'à votre connaissance beaucoup de jeunes  
13 et peut-être qu'on aurait dû faire appel plutôt  
14 à votre expérience de praticien auprès des jeunes  
15 de la Clinique d'Aide à l'Enfance, est-ce qu'à  
16 votre connaissance beaucoup de jeunes qui ont  
17 fait un usage de trop de drogues, je ne parle  
18 pas d'usagers purement expérimentals, occasionnels  
19 ou passagers, je parle du jeune qui vraiment a  
20 eu des dommages et que vous auriez connus,  
21 est-ce qu'il y en a beaucoup pour qui ce que  
22 vous considérez comme un espoir d'en sortir,  
23 c'est quelque chose de désirable, est-ce que  
24 c'est un espoir partagé cette affaire-là?

25 PROFESSEUR MICHEL TROTTIER:-

26 Voici, je pense qu'il faudrait quand  
27 même faire une distinction si vous parlez d'indi-  
28 vidus adolescents qui ont pris beaucoup de  
29 drogues et qui ont des dommages sérieux, ceux-  
30 là sont dans une situation très souvent où





ils ont expérimenté des situations très psycho-  
tiques ou psychotiques avec des "flash back" et  
etc., qui les entraînent, les amènent à désirer  
une réadaptation.

Si vous parlez d'individus qui ont  
eu une accoutumance à la drogue mais sans juste-  
ment si vous voulez des atteintes aussi fortes  
et aussi globales au niveau de leur personnalité,  
ceux-là très souvent n'ont pas de désir, le même  
désir du mieux être dont vous parliez.

C'est chez ces individus que  
la réadaptation, je pense, est la plus difficile  
à rendre obligatoire ou encore même où la réadap-  
tation n'est pas désirée par eux-mêmes.

Je pense qu'il se pose ici, si vous  
voulez, un certain nombre de difficultés, parce  
que justement, lorsqu'on les entre en clinique  
ces garçons deviennent si vous voulez facilement  
des individus perturbants à l'intérieur du  
milieu clinique et très souvent si on les laisse  
à l'extérieur, bien, ils continuent leurs expé-  
riences de toxicomanie et jusqu'à un certain  
point, il semble, si vous voulez, entrer dans  
un processus irréversible.

Je me demande si justement il n'y  
a pas dans un sens, un certain sacrifice à faire  
d'un certain nombre d'individus entrés dans le  
processus irréversible, c'est-à-dire tant qu'ils



n'auront pas atteint un certain niveau ou tant que jusqu'à un certain point il n'aura pas dépassé ce niveau, ils ne pourront pas pour ainsi dire, pas du tout être atteints par si vous voulez un processus thérapeutique.

Je pense que c'est un peu le même phénomène qu'on voit avec les délinquants et criminels qui justement n'ont pas si vous voulez le désir d'être réadaptés, jusqu'au moment où ils sont touchés par un certain état dépressif et où leur carrière criminelle se termine.

Il est évident que c'est une analogie qui ne vaut pas totalement parce que justement il y a une assuétude qui devient de plus en plus forte à l'intérieur de la drogue et qui pour ainsi dire peut empêcher à ce moment-là, la possibilité même d'un traitement positif.

Mais, je pense qu'il y a possible-ment à ce moment-là, dans l'état actuel des connaissances, un certain sacrifice qu'il faut faire d'une certaine population pour ainsi dire, qui ne semble pas du tout être atteignable par les processus actuels de traitement.

Il faudrait assurément faire des études beaucoup plus avancées pour justement chercher à trouver des moyens thérapeutiques qui pourraient les atteindre.



DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Qu'est-ce qu'on ferait même temporaire-  
ment avec ces gens qui peut-être temporairement  
sont sacrifiés, qui va décider et qu'est-ce qu'on  
va faire avec eux si pendant ce temps-là ils sont  
nuisibles à la société?

PROFESSEUR MICHEL TROTTIER:-

C'est une question de \$64,000.00,  
je pense que, si on pense à leur effet néfaste  
dans la société, je pense que de plus en plus  
on devrait chercher quand même à les isoler et  
jusqu'à un certain point à tenter de leur donner,  
si vous voulez, un cadre social qui justement  
leur permettrait lentement de devenir apte ou  
vulnérable plus exactement à un traitement.

Mais je dois vous dire que c'est un  
peusi vous voulez une réponse éthérée parce que  
dans un sens je ne vois pas tellement de solution  
possible.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Est-ce que le succès que nous avons  
eu jusqu'ici avec les cliniques pour l'alcoolis-  
me justifie à allouer, à requérir une forte pro-  
portion de ressources financières pour établir  
tout un système de cliniques pour l'usager des  
drogues?

Ca peut paraître une question un  
peu brutale.





PROFESSEUR MICHEL TROTTIER:-

Bah! je sais que dans l'assistance il y a une personne qui serait peut-être plus capable que moi de répondre à cette question. Je pense que dans un centre depuis, si vous voulez, que certaines cliniques, des cliniques Domrémy, par exemple, ont été mises sur pied et depuis que jusqu'à un certain point l'O.P.T.A.T. a fait des recherches et s'est attelé à la tâche, je pense que dans un sens il y a quand même eu si vous voulez des progrès.

Pas nécessairement des progrès qui sont, si vous voulez, toujours très visibles socialement, mais il reste qu'à longue échéance, je pense que ça vaut la dépense et je ne vois pas la possibilité, d'autres possibilités ou d'autres solutions de régler le problème, si vous voulez que par justement un travail qui est de longue haleine, qui est lent et qui jusqu'à un certain point pourrait permettre à ce moment-là une espèce de progression géométrique, parce qu'il faut bien comprendre que ce soit au niveau de l'alcoolisme ou des autres toxicomanies que l'individu qui est réadapté, a un effet en progression géométrique, si vous voulez, en rapport avec sa réadaptation.

Je pense aux A.A. par exemple où on a vu depuis longtemps cet effet à progression



1  
2  
3 géométrique, et puis dans un sens ils se sont  
4 engagés, une fois si vous voulez sortis de leurs  
5 difficultés à justement en sortir d'autres.

6 M. GERALD LeDAIN, président:-

7 Je ne voulais pas critiquer ou minimi-  
8 ser l'effort ni les résultats de ces organisations,  
9 mais simplement enregistrer l'impression qu'ont  
10 les laïcs que nous avons réussi à faire très  
11 peu d'impression semble-t-il sur le phénomène total  
12 de l'usage d'alcool dans la société. C'est  
13 tout ce que je voulais dire.

14 L'impression est là, il y a peut-  
15 être en fait un contrôle qui n'est pas visible,  
16 qui n'est pas appréciable même et qui ne peut  
17 pas être apprécié.

18 DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

19 Il y a dans ce sens-là toujours le  
20 soupçon que quelques cyniques expriment de temps  
21 en temps après tout peut-être que nous traitons  
22 et que nous essayons de réadapter des alcooliques,  
23 des toxicomanes seulement parce que nous avons  
24 le besoin de faire quelque chose, parce qu'autre-  
25 ment nous nous sentons coupables, mais pas parce  
26 que c'est quelque chose qui est vraiment rai-  
27 sonnable et qui a une chance, que c'est quelque  
28 chose qui a une chance de réussir. Il y a  
29 toujours cette possibilité et certainement très  
30 souvent les psychiatres ont ce sentiment très



1 fort quand le Juge leur envoie quelqu'un pour  
2 être traité. Il y a peu de chance de les trai-  
3 ter mais la société représentée par le Juge ou  
4 la Cour sent qu'elle doit faire quelque chose.  
5 Alors, comme vous disiez avant, on passe la  
6 responsabilité à quelqu'un ou à une institu-  
7 tion, et peut-être que si on regarde ça d'une  
8 façon rationnelle, peut-être qu'il n'y a pas  
9 beaucoup de traitements. Est-ce que la société  
10 serait capable d'accepter ce jugement sur soi-  
11 même?  
12

13  
14 PROFESSEUR MICHEL TROTTIER:-

15 Remarquez que c'est toujours des  
16 interprétations assez intéressantes que de  
17 penser que celui qui veut accomplir un travail  
18 est incapable si vous voulez d'y remédier,  
19 que ceux qui ne travaillent pas sont des méchants  
20 et que par conséquent ça serait tellement plus  
21 simple pour lui de s'arrêter de juger, d'arrêter  
22 de travailler et de se laisser faire.

23 Personnellement, je reste quand  
24 même passablement imperméable à des interpréta-  
25 tions semblables. Parce que j'ai l'impression,  
26 si vous voulez qu'il y a toujours une autre façon  
27 de considérer le problème et que c'est de consi-  
28 dérer que dans une personnalité intégrée, les  
29 actions sont en conformité avec les croyances,  
30 avec les convictions d'un individu et par conséquent,



à ce moment-là, je considère ceci: qu'un individu intégré a une certaine connaissance, des croyances et des convictions très particulières. Je pense que tout son être doit tendre justement à rendre ses actions en conformité avec ses croyances et ses convictions.

Par conséquent, il est sûr et certain que la société pourrait possiblement si vous voulez, accepter de se voir exactement dans toute sa laideur, mais d'autre part, elle devrait aussi accepter de se voir dans toute sa beauté. Et à ce moment-là, je pense que la laideur et la beauté font partie de la société et très souvent, si vous voulez, c'est en fait justement ceux qui travaillent avec les alcooliques, les toxicomanes, les criminels et tout ça qui peuvent justement, si vous voulez, faire un peu le contrepoids de la laideur de la société.

Remarquez que personnellement ça me laisse indifférent de saisir que certains peuvent pour ainsi dire, ridiculiser les efforts qui ont été faits. Je pense qu'on est dans un processus extrêmement long, qui part d'un alpha et qui se rend à un oméga et qui, dans un sens, si vous voulez... les efforts que nous faisons, même si actuellement ils sont minimes auront un poids final assez important.





-83-

M. J. PETER STEIN, commissaire:-

Hier soir, nous avons écouté un étudiant qui a dit que sa philosophie était comme Lenorky et que ses idées et peut-être ses actions étaient intégrées. Je ne suis pas sûr pour l'exemple. Est-ce que c'est un malade. Vous comprenez la question. Est-ce que cet homme est malade?

PROFESSEUR MICHEL TROTTIER:-

Est-ce que cet homme est malade?

M. J. PETER STEIN, commissaire:-

Oui, il est intégré peut-être, ses idées et aussi ses actions par les choses qu'il a dites sont près de la philosophie de Lenorky.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Il veut dire par exemple, si je peux vous aider....

M. J. PETER STEIN, commissaire:-

Oui.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Que le gouvernement ne devrait pas se mêler dans les affaires, que c'est la responsabilité de n'importe quel individu et que le gouvernement n'a pas la responsabilité, n'a pas le droit de se mêler des choses de l'individu, alors la question de monsieur Stein est: est-ce qu'il est malade?

PROFESSEUR MICHEL TROTTIER:-

Bah! est-ce qu'il est malade, remar-



1  
2  
3 quez que personnellement je ne crois pas que  
4 parce qu'un individu ne croit pas à ma philoso-  
5 phie, que c'est pour ça que je considère qu'il  
6 est malade. Mais d'autre part, je pense qu'il  
7 faut quand même si vous voulez considérer que  
8 les éléments d'un tout, lorsque justement ils  
9 viennent en contradiction si vous voulez avec  
10 les buts que ce tout se donne, à ce moment-là,  
11 sont des éléments à rejeter dans un sens ou à ré-  
12 orienter.

13 Remarquez que bien des organismes  
14 fonctionnent exactement de cette façon-là, et  
15 je me demande très souvent si justement actuelle-  
16 ment dans cette philosophie qui est relativement  
17 courante, si justement, si vous voulez, on n'arri-  
18 ve pas à une espèce d'anarchie qui ne permet  
19 pas ni à l'individu ni au tout d'atteindre  
20 des buts.

21 Remarquez que je ne peux pas répon-  
22 dre qu'il soit malade, mais dans un sens je pense  
23 que la société a le devoir quand même de l'inté-  
24 grer à l'intérieur d'un cadre orienté.

25 DOCTEUR LAPLANTE:-

26 Je crois que ça peut rejoindre un  
27 peu la question que vous posiez tout à l'heure.

28 A savoir que plusieurs individus  
29 ont l'impression que les organismes gouvernemen-  
30 taux ne font à peu près rien, ne sont pas utiles.



1  
2  
3 Et pourquoi a-t-on cette réaction-  
4 là? C'est parce que certains de ces organismes  
5 sont très imperméables et l'occasion qu'on a  
6 c'est d'en voir quelles sont les déficiences  
7 et si on en revient par exemple à certaines  
8 cliniques pour toxicomanes, c'est en rapport  
9 avec l'idée de tout à l'heure, il faudrait  
10 qu'elles soient assez ouvertes, il faudrait  
11 que les gens puissent voir assez clairement  
12 qu'est-ce qu'on y fait, quels services on y  
13 rend et que dans l'ensemble on puisse y référer  
14 assez facilement et non pas que ceux qui sont  
15 très détériorés mais que ceux qui ont des  
16 questions puissent y référer.

17 A ce moment-là, ça ôte, ça enlève  
18 la mystification de cette chose-là et qui  
19 conduit toujours à des raisonnements comme  
20 celui que vous apportiez tout à l'heure, à  
21 savoir que c'est une boutique qui est à peu  
22 près inutile et qui est là pour enlever la  
23 culpabilité des gens parce qu'au fond on ne sait  
24 pas ce qui se fait jusqu'à un certain point.

25 M. GERALD LeDAIN, président:-

26 Vous envisagez les cliniques spécia-  
27 lisées pour la toxicomanie?

28 DOCTEUR LA PLANTE:-

29 Pardon?

30 M. GERALD LeDAIN, président:- Vous





-86-

envisagez des cliniques cliniques spécialisées?

DOCTEUR LAPLANTE:-

Je vois à mon idée, et je dis ceci assez librement, des cliniques qui connaissent le problème assez clairement.

Des cliniques encore une fois qui sont ouvertes et qui rendent des services non pas seulement à une classe d'usagers, mais qui rendent des services à la population en général; de telle sorte que cette population-là, qui elle influence les politiques à un moment donné, sera bien orientée, sera favorable justement, jusqu'à un certain point, parce qu'elle connaîtra les services, parce qu'elle en aura eu des services elle aussi.

Il y a beaucoup de personnes qui ont des problèmes en rapport avec ce phénomène-là.

On pense surtout ici en rapport avec les usagers des opiacés et des hallucinogènes, mais il y a beaucoup d'autres

M. GERALD LeDAIN, président:-

Mais on a besoin que ces services de diagnostic et de thérapeutique qui dépassent le problème d'usage des drogues.

Il y a toutes les questions familiales, il y a tous les problèmes de la jeunesse, qui n'ont pas nécessairement un rapport avec l'usage des drogues, c'est-à-dire les enfants



1  
2  
3 si vous voulez, négligés, abandonnés, tous ces  
4 problèmes sociaux.

5 Maintenant, pourquoi je poursuis  
6 cette ligne de questions, c'est parce qu'il y a  
7 des experts ailleurs qui nous ont suggéré qu'il  
8 ne faut pas trop de spécialisation, qu'il faut  
9 que ces facilités pour les drogues, si on peut  
10 ainsi dire, il faut qu'elles fassent partie  
11 d'un complexe de services localisés peut-être  
12 sur le plan régional peut-être, mais quand  
13 même des services de bien-être social plus ou  
14 moins intégrés et de la santé mentale.

15 Voici, ce que nous cherchons à  
16 comprendre, le pour et le contre de ces sugges-  
17 tions-là.

18 DOCTEUR LAPLANTE:-

19 Je crois vraiment qu'il faudrait que  
20 tous les services propres à la santé et au bien-  
21 être soient unifiés, je ne crois pas que le même  
22 organisme d'une façon très précise ou la même  
23 agence ou les mêmes cliniques puissent rendre  
24 tous les services, et si on prend l'exemple  
25 suivant, les gens que je peux voir en clinique, me  
26 disent que la médication qu'ils prennent, soit  
27 stélazine ou autre chose, ça les assomme, qu'ils  
28 ne savent pas quoi faire. Et lorsqu'ils vont à  
29 leur clinique habituelle, voir leur médecin  
30 de médecine générale, qu'on leur spécifie qu'il



n'y a pas trop de problèmes et ils ne savent pas où donner de la tête pour tout simplement s'informer.

A ce moment-là, une clinique où on est plus spécialisé dans un sens pour rendre ces services-là aux habitués de ces drogues-là. Et ça m'apparaît assez important.

Cependant, je ne vois pas fonctionner une clinique pour les usagers des drogues où il n'y aurait pas de spécialistes, à mon avis, parce que je crois que la clinique, il faut qu'elle s'oriente vers la prévention, s'oriente vers la prophylaxie d'une façon générale.

Et pour s'orienter, et ça rejoint votre idée de tout à l'heure, pour la prévention il faut qu'il y ait une action concertée avec les autres services de santé et de bien-être, au niveau scolaire, au niveau collégial, si on veut et même au niveau universitaire.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Nous aimerions poursuivre, mais je crois que nous sommes rendus à midi trente (12:30).

Maintenant, avant d'ajourner, on aimerait bien entendre si possible madame Levac, elle est infirmière surveillante générale à l'hôpital du Christ-Roi, et puis nous allons ajourner après jusqu'à deux heures et demie (2:30)

Maintenant, nous vous remercions



beaucoup pour votre aide ce matin.

PROFESSEUR MICHEL TROTTIER:-

Nous remercions la Commission, le  
Président et les commissaires de nous avoir  
entendus ce matin.

ODETTE GAGNON,  
sténotypiste officielle.





MONSIEUR GERALD LeDAIN. président:

Madame Lévesque, si vous aimeriez vous  
asseoir ici à la table.

pensais vraiment pas être soumise aux feux de la

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Mais on m'assure que vous pouvez nous  
renseigner, vous pouvez, nous devons avoir le profit  
de votre expérience, vos observations sur le phéno-  
mène de l'usage des drogues. puisque vous en êtes

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND. commis-  
saire:

vous avez la responsabilité dans  
un hôpital de recevoir les patients à des moments où  
peut-être le personnel médical n'est pas très nom-  
breux, pouvez-vous nous dire s'il vous arrive fré-  
quemment d'avoir des cas de jeunes, et de moins  
jeunes qui sont en état

MADAME LEVESQUE:



MADAME LEVESQUE

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-

saire:

...le 10<sup>ème</sup> de mai 1968, à 10 heures, à la  
Rue, le 10<sup>ème</sup> de mai 1968, à 10 heures, à la  
Rue, le 10<sup>ème</sup> de mai 1968, à 10 heures, à la

MADAME LEVESQUE:

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-

saire:

...le 10<sup>ème</sup> de mai 1968, à 10 heures, à la  
Rue, le 10<sup>ème</sup> de mai 1968, à 10 heures, à la

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-

saire:

MADAME LEVESQUE:

Bien mon Dieu, là je n'ai pas toujours...

...le 10<sup>ème</sup> de mai 1968, à 10 heures, à la  
Rue, le 10<sup>ème</sup> de mai 1968, à 10 heures, à la

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-

saire:



MADAME LEVESQUE

Si vous permettez de référer à cette conversation, vous m'avez dit avant cette audience que vous étiez parfois fort démunie devant ces cas, dépourvus de moyens que vous auriez souhaité plus complets, plus adéquats. Est-ce que vous pourriez un peu dire aux commissaires, quel est, selon vous, l'état des connaissances qu'on a généralement quant aux symptômes de la drogue.

MADAME LEVESQUE:

Bien, je pense que nos connaissances sont limitées que nous ne sommes pas des spécialistes. Nous faisons un cours d'infirmière, évidemment, seulement que c'est assez limité, nos connaissances.

MAIS MAINTENANT LE DALL... (faint)

Par exemple, je pense que les gens qui sont en contact avec la drogue sont très limités.

MADAME LEVESQUE:

Je dois dire que bien humblement, que nos connaissances sur la drogue sont très limitées, les moyens de dépister, d'aider les malades et puis de sensibiliser la population à la drogue actuellement et d'aider aussi les familles, ce n'est pas tout. En fait, il faut encourager les familles qui sont parfois avec des problèmes





MADAME LEVESQUE

que même ne connaissent pas. Ils ont des enfants, des adolescents qui ont pris de la drogue, ils arrivent à l'hôpital démunis complètement de l'attitude de leur personne, de leur personnalité. On ne sait pas ce qu'est-ce qu'il a fait; est-ce qu'il a pris de l'alcool, qu'est-ce qu'il a pris. Bien souvent, il est tellement dans un état d'incapacité qu'il ne peut même pas répondre aux questions de personne. Le médecin questionne... il suppose...

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commissaire:

Quelles seraient vos suggestions à l'effet en vue d'améliorer la qualité des connaissances en matière de soins, par exemple, par le biais de seulement des infirmières, peut-être d'autres membres du personnel médical et éventuellement aussi de la population; est-ce que vous avez des idées là-dessus?

MADAME LEVESQUE:

Bien moi, je dirais sensibiliser le personnel infirmier, premièrement, qui pourrait à son tour sensibiliser l'environnement communautaire, l'autre et puis mettre un programme d'éducation, franchement, qui s'avérerait vraiment valable, parce qu'en somme, la classe infirmière atteint presque tout le monde. Qui n'est pas jamais venu à l'hôpital.



MADAME LEVESQUE

Le médecin, c'est bien entendu qu'il est consulté, combien de fois, tout le temps. Il entend des gens, enfin, de tout.

Il faut que l'infirmière sache quelque chose si elle veut aider le médecin, parce que les cours que nous avons sur ça étaient vraiment, autrefois, très limités. Moi, je ne suis pas de la génération très très jeune, aujourd'hui, le problème est plus élargi.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commissaire:

Quelle serait votre façon de concevoir un programme d'éducation à des jeunes à ce sujet, est-ce que vous avez des idées là-dessus?

MADAME LEVESQUE:

Bien mon Dieu, c'est assez limité. Moi, je dirais qu'il faudrait les renseigner, premièrement sur l'usage, les dangers que l'abus de l'alcool et de la drogue entraîne, et ensuite, comment y remédier s'il y a moyen, évidemment, il doit y avoir un moyen, les empêcher surtout de récidiver.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commissaire:

Et quand vous avez l'occasion de recevoir des jeunes à l'hôpital, qui sont vraiment très malades, pense-t-on à cause de la drogue, qu'est-ce qui se passe là-dessus, qu'est-ce qu'on fait pour eux?



MADAME LEVESQUE

MADAME LEVESQUE:

ment, surtout le médecin fait faire, on se trouve réellement impuissantes, on donne des soins physiques, mais il y a certainement d'autres causes... il y a une cause avant les faits. Alors, instinctivement, nous autres, on efface à notre petit j'imagine, seulement. On réalise, ça me semble qu'on donne pas la quantité de ce qu'on devrait donner, parce qu'on ne le sait pas précisément.

Moi je suis venue ici ce matin, c'est pour me renseigner et essayer de renseigner et d'informer les autres sur le danger qui existe réellement à l'heure actuelle. On s'en reparlera d'une à l'autre, mais pour dire que nous savons bien ce qui se passe, nous savons très peu.

DOCTEUR HEINZ LEHMANN, commissaire:

Je ne comprends pas très bien ce que vous voulez dire quand vous dites que les femmes sont impuissantes parce qu'il y a une cause et vous ne connaissez pas la cause, vous ne pouvez pas vraiment prendre soin de votre patient, mais si vous le traitez et probablement il y a eu amélioration affectant la condition de votre patient, alors si ça arrive avec un cas de pneumonie, par exemple, vous le traitez sans vous casser la tête, quelles sont les causes



Je ne sais pas.





1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

MADAME LEVESQUE

avez contact avec ces gens-là pour quelques jours  
seulement.

MADAME LEVESQUE:

Oui.

DOCTEUR HEINZ LEHMANN, commissaire:

Alors, on devrait vraiment pas espérer  
en quelques jours changer toute la personnalité,  
toutes les circonstances que cet individu là... ou  
est-ce que vous suivez les patients plus longtemps  
après qu'ils sont désintoxiqués?

MADAME LEVESQUE:

Bien, parfois ils restent quelques  
jours à l'hôpital... quelques semaines.

DOCTEUR HEINZ LEHMANN, commissaire:

Quelques jours, encore, c'est pas assez  
pour changer l'habitude.

MADAME LEVESQUE:

Non, évidemment, quand il part, il est  
bien, c'est entendu.

DOCTEUR HEINZ LEHMANN, commissaire:



MADAME LEVESQUE

Alors est-ce que ça vous donne pas la  
saint-est-ce que ça vous donne pas la

MADAME LEVESQUE:

Bien mon Dieu, il me semble que non, on  
pourrait faire davantage.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-  
saire:

Je vous rappelle que devant la  
Commission FAI, l'Université de Moncton (15)  
hôpital, et l'hôpital de la région, et ce-  
fusé d'admettre des cas de jeunes qui s'étaient in-  
toxiqués pour des raisons diverses. Je ne vous de-  
mande pas d'être indiscrete et de nous dire si votre  
propre hôpital a fait ça, mais est-ce que vous auriez  
eu connaissance du fait que des hôpitaux auraient,  
pour des raisons qu'ils, sans doute, n'ont pas à  
expliquer ou n'ont pas à exposer, auraient refusé  
d'admettre des jeunes, et d'intoxication.

MADAME LEVESQUE:

Chez nous, personnellement, on les a tous  
acceptés.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-  
saire:

Et vous n'avez jamais entendu dire quels



MADAME LEVESQUE

cas...

MADAME LEVESQUE:

Bien, évidemment, moi je ne peux pas juger des autres hôpitaux; je ne suis pas là. Je parle de l'hôpital où je travaille. Ils ont toujours été reçus avec sympathie, en autant que je sache, parce que ce n'est pas moi nécessairement qui les reçois. Ils sont reçus à l'urgence.

DOCTEUR HEINZ LEHMANN. ommissaire:

Est-ce que vous aimeriez à ce que l'on installe un service pour traiter ces jeunes gens d'une façon plus prolongée, par exemple, ou est-ce que vous pensez qu'ils devraient être traités pour prévenir les répétitions de ce que vous avez traité, que cela devrait être référé à une autre place.

MADAME LEVESQUE:

Bien, j'écoutais tout à l'heure les discours qui ont eu lieu, et je trouve que c'est la même chose que pour les cas de psychiâtrie, vous savez, le malade, la famille, disons, a une hantise... ils ont des malades psychiâtriques dans les hôpitaux, dans les hôpitaux reconnus, ils sont un peu mal traités... quand c'est un hôpital général, me semble que c'est plus facile. Nous avons une section très minime où nous recevons des cas de psychiâtrie





MADAME LEVESQUE

et c'est plus facile, la famille vient et ces malades-  
là ont de visiteurs, que peut-être là-bas, dans cer-  
tains hôpitaux spécialisés, peut-être que la visite  
serait plus limitée, les visiteurs seraient plus li-  
mités envers ces malades-là tandis que dans un hô-  
pital général, ce malade-là fait ce qu'il veut.  
Bien souvent, au point de vue psychologique, c'est  
ça qu'il a de besoin de compréhension, parce qu'un  
malade est entré pour telle chose.

On va bien les voir quand il s'agit de cho-  
lécystectomie, pourquoi faire qu'on viendrait pas  
les voir pour ces cas-là. Dans un hôpital général,  
ça paraîtrait peut-être un peu moins et ça serait  
peut-être un peu moins apparent pour les drogues,  
qui s'occupe de la drogue, celui-là, il ne faut pas  
le blesser... à mon point de vue, je pense, mais  
évidemment, je connais si peu de choses sur ce  
point-là.

DOCTEUR HEINZ LEHMANN, chef de service

En prenant en considération le point de  
vue que ce phénomène-là est assez fréquent, des  
centaines de fois par an, ça paraît-il?

MADAME LEVESQUE:

D'après moi, ça devrait.

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:



101

MADAME LEVESQUE

Madame Lévesque, avez-vous eu l'expérience avec les cas de ce que l'on appelle "speed", l'usage de méthamphétamines... l'usage excessif, avez-vous une expérience vous-même?

MADAME LEVESQUE:

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Le ...

MADAME LEVESQUE:

Le ...

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Oui, à l'hôpital?

MADAME LEVESQUE:

Pas nécessairement, nous autres, nous les gardons, ces cas d'intoxication, quelques jours, voire même quelques semaines et puis habituellement, ils partent bien, sinon, bien, ils sont dirigés vers un endroit spécialisé.

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

102...



MADAME LEVESQUE

Quel est le genre de cas... quel genre de drogue avez-vous eu?

MADAME LEVESQUE:

Ce que j'ai rencontré moi, c'est le LSD.

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

LSD?

MADAME LEVESQUE:

Oui.

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Presqu'uniquelement des cas de LSD?

MADAME LEVESQUE:

Bien, ceux... le second n'était pas en mesure de dire ce qu'il avait pris, mais celui qui était vraiment en mesure, parce que des cas... c'est assez récent ça, c'est assez nouveau, ces admissions-  
là.

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Bien, je vous remercie madame. Nous



MADAME LEVESQUE

allons ajourner maintenant notre séance jusqu'à  
deux heures et demie (2 $\frac{1}{2}$ ) ici, nous entendrons le  
docteur Jacques Boissier, professeur de pharmacolo-  
gie de Paris, qui est actuellement professeur visi-  
teur à l'Université de Laval et puis après ça, un  
membre de l'O.P.T.A.T. ici. Merci et à deux heures  
et demie (2 $\frac{1}{2}$ ).





DOCTEUR JACQUES BOISSIER

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Maintenant, mesdames, mesdemoiselles, messieurs, nous résumons notre audience et j'appelle docteur Jacques Boissier, professeur de pharmacologie à Paris et directeur de l'unité de pharmacologie Hôpital St-Alain, de Paris et professeur invité de pharmacologie de l'université de Laval. Docteur!

DOCTEUR JACQUES BOISSIER:

Monsieur le Président, je suis très sensible à ce que vous m'ayiez demandé mon opinion au sujet du problème de la drogue. Je tiens à préciser que je parle ici en mon nom personnel et non au nom des commissions dont je peux faire partie en France à ce sujet.

Je crois que le mieux est de donner une allure générale, un aperçu général et répondre aux questions après.

Le problème de la drogue en France est un problème récent, on peut dire qu'il y a deux ans à peu près le problème ne se posait absolument pas et quand on comparait ce qu'on voyait à l'étranger, en particulier aux Etats-Unis, on disait, en France, qu'il n'y avait pas de problème de drogue chez nous.

Il est certain maintenant qu'il y a un problème de drogue important et que la question a commencé à se poser à peu près au début de mil neuf cent soixante-neuf (1969).



DOCTEUR JACQUES BOISSIER

Les organismes qui s'occupent, en France, des affaires de drogues sont d'une part le Ministère de l'Intérieur avec les services de police et ces services, il s'agit de services de police, sont dirigés par un grand spécialiste qui est le commissaire Onofrioli; d'un autre côté, le ministère de la santé avec ses organismes traditionnels qui sont constitués essentiellement par ce qu'on appelle le Bureau des Stupéfiants qui est partie du service central de pharmacie et c'était jusqu'à ces derniers temps les deux seuls organismes chargés de s'occuper des affaires de drogues.

En 1968, le Ministère de la Santé a tendait par drogues, les stupéfiants soumis à la réglementation internationale, de l'Organisation des Nations Unies.

Récemment, le Ministère de la Santé a formé un groupe de travail qui vient de se former en commission qui est chargée de s'occuper de la formation.

Il est extrêmement difficile de donner des chiffres exacts sur la consommation de drogues. En France, les chiffres officiels sont en discordance formelle avec tout ce que chacun connaît et la police elle-même reconnaît que ces chiffres ne signifiaient pas grand chose. Ils n'ont qu'une valeur comparative par rapport aux données internationales.

Les chiffres que je veux donner sont les chiffres de la consommation de drogues en France, en 1969, il était arrêté,



DOCTEUR JACQUES BOISSIER

inculpé en France trois cent cinquante (350) personnes pour trafic de ce qu'on appelle encore en France des Stupéfiants, ce qui représente le double du nombre de personnes qui avaient été inculpées en mil neuf cent soixante-huit (1968). Dans ce chiffre, on laisse de côté tout ce que la police a convenu d'appeler les toxicomanes traditionnels, c'est-à-dire les vieux morphinomanes ou les vieux héroïnomanes, c'est-à-dire les habitués d'un certain âge qui sont tous fichés en France et qui sont tous connus, qui représentent à peu près trois mille personnes. Les trois cent cinquante (350) personnes dont je parle, il s'agit exclusivement de jeunes. L'âge maximum est vingt-cinq (25) ans, mais diminué graduellement, mais il n'y a eu aucune inculpation au-dessous de quinze (15) ans.

Au-dessous de quinze (15) ans, il n'y a eu aucune inculpation et les services de police affirment qu'il n'y a aucun problème de drogue sérieux au-dessous de quinze (15) ans.

Autre chiffre communiqué par la police qui concerne les saisies effectuées. Le chiffre indiqué par la police environ en 1969 (1969) trois cent cinquante (350) à quatre cents (400) kilos. Ceci est en rapport avec le chiffre de 1968 (1968) neuf cent soixante-huit (1968). Il est évident que ce chiffre est négligeable par rapport à la quantité consommée, la police le sait bien.

En ce qui concerne l'héroïne et la morphine, je n'ai aucun chiffre en tête. Ce que je sais,





DOCTEUR JACQUES LE...

c'est qu'il y a eu plusieurs laboratoires clandestins...

...dans la région marseillaise, à peu près à cent cinquante (100) ...

...sur la Côte d'Azur.

Il y a eu également une saisie extrêmement importante à bord d'un paquebot turc d'opium...

Les laboratoires clandestins étant localisés dans la région marseillaise, à peu près à cent cinquante (100) ... sur la Côte d'Azur.

Voilà donc ce qui concerne les données de la police.

Maintenant, des données beaucoup moins objectives, mais qui ont quand même leur intérêt car les chiffres qu'on peut... les pourcentages qu'on peut avancer, qui concordent à peu près sont les suivants: la drogue qui est consommée en majorité en France est certainement le chanvre indien sous forme de cigarettes, donc de marijuana, si vous voulez, étant bien entendu qu'il est absolument impossible ce qui est fumé. C'est-à-dire qu'on ne sait pas du tout la quantité et la valeur du chanvre indien qui est fumé. Ceci à mon avis, est extrêmement important, car des cigarettes qui contiennent des quantités importantes de principes actifs tels que tétra carabinol, et d'autres principes actifs, car il y en a d'autres, il y a bien d'autres haschisch qui ne contiennent pas de principes actifs, partie du chanvre indien qui est consommé en France provient d'une culture locale. Or on sait que quand



DOCTEUR JACQUES BOISSIER



DOUANE FRANÇAISE 0155

ce essentiellement de Turquie où le chanvre indien arrive par balles de plusieurs centaines de

Une autre source est constituée par ce que les services de police appellent la contrebande de poches, c'est-à-dire les jeunes qui se paient un voyage en Turquie et qui de grammes ou quelques kilos leur consommation par leurs amis camarades.

Une autre source qui est loin d'être négligeable, est celle qui provient des nord-africains. Les nord-africains, en particulier les marocains de la région, achètent, à Alger, par exemple, deux cent cinquante mille (250.000). Or, tous ces nord-africains se rendent dans leur pays plusieurs fois dans l'année, au moins deux fois dans l'année, reviennent chacun avec plusieurs musettes remplies de chanvre indien, en principe pour leur consommation personnelle, mais qui est vendue pour améliorer leur ordinaire.

Une des questions posées aux services de police. Les services de police ont répondu qu'il était absolument impossible aux services de douanes de faire des vérifications nécessaires pour pouvoir déceler tous les fraudeurs de cette contrebande de poche.

Les consommés en France sont celles qui sont consommées



DOCTEUR JACQUES BOISSIER





DOCTEUR JACQUES BOISSIER

Ceci semble tout à fait original. original pour le phénomène, pas pour la crois que ça se produit ailleurs. Il y a le phénomène classique de l'amphétamine par voie intraveineuse, mais ceci est connu depuis très longtemps.

mis dans des feuilles d'aluminium. je ne sais pas si ça s'enflamme, mais si on met de l'aluminium, on y met du feu, ça s'enflamme assez difficilement et ça fait une fumée assez particulière et ça s'appelle faire la queue du dragon.

Une autre façon de consommer, c'est de mettre au bout d'une cigarette de l'héroïne et de l'allumer; comme pour pouvoir l'allumer il faut lever la tête en l'air, ça s'appelle le tir en l'air.

Ceci me semble, à mes yeux, extrêmement caractéristique d'un besoin de nouveauté qui ne touche pas du tout les toxicomanes ordinaires.

plus utilisés, on peut en citer, on pourrait en citer presque toute la pharmacopée y passerait, on a vu de choses étonnantes. Je peux citer à ce sujet, c'est une petite digression, mais qui serait peut-être intéressante, la phénacétine en Suède d'une part, chez les mineurs, qui peut à la rigueur se comprendre, puisque la phénacétine, représente un médicament.



2007-2008 4.30% to 10.51%



DOCTEUR JACQUES BOISSIER

accidents aigus. Ce sont des accidents d'intoxication qui sont banals en ce sens qu'ils ne vont pas se différencier tellement d'une autre intoxication

Alors, ces intoxiqués vont être que

plusieurs villes de France et qui sont

Il y a en permanence une t

que l'on cherche à detoxiquer. L

un état positif semble se situer entre cinq et dix pourcent, bien qu'on n'ait pas trop de recul pour

pouvoir donner des pourcentages. A Paris je pense

être ouvert

cinquantaine de lits, dans Paris, et où ils pourront

se faire soigner anonymement et où également d'autres

drogués pourront venir chercher toutes les informa-





10222, 10243, 10252







1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30



DOCTEUR JACQUES BOISSIER

Je pourrais... je m'excuse, je pourrais

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-

DOCTEUR JACQUES BOISSIER





DOCTEUR JACQUES BOISSIER

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-

DOCTEUR JACQUES BOISSIER

Alors, si on veut le faire, on le fait

avec un exemple, avec un exemple, avec un exemple

qui est classé par ordre alphabétique, ou par

ordre chronologique, ou par ordre de date, ou

par ordre de lieu, ou par ordre de genre, ou

par ordre de traitement et qui est donc

essentiellement pratique pour qu'on ne

soit pas obligé de chercher les données dans

des centaines de pages, mais qu'on les trouve

immédiatement. C'est ce qu'on appelle un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un

index. C'est un index, c'est un index, c'est un



DOCTEUR JACQUES BOISSIER

sai re:



DOCTEUR JACQUES BOISSIER

DOCTEUR JACQUES BOISSIER:

Il y a une très grande discussion au sujet des lits de cet hôpital. Au départ, l'idée était de faire des centres légers d'information et traitement rapide. Et puis ça a dévié un petit peu vers ça, ce centre là - lits, il ne s'agit pas du tout de centre de désintoxication.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-

saire:

DOCTEUR JACQUES BOISSIER:

a des lits parce qu'il y a, pour permettre aux sujets qui se sont drogués et qui peuvent être plus ou moins malades, sans être antoxiqués, de venir là où éventuellement qui ont des problèmes et qui seront en quelque sorte nebergés pendant quelques temps dans ce centre. C'est pour ça qu'il y a des lits, mais il ne s'agit pas ni de traitement de désintoxication aigue ni de centre de désintoxication. C'est pour ça qu'il y a des lits.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-

saire:

Envisagez-vous de quelle façon, pensez-vous que quelqu'un se... à créer des cliniques de rue,





DOCTEUR JACQUES BOISSIER

"... des "cliniques", les cliniques qui  
... information thérapeutique  
...

DOCTEUR JACQUES BOISSIER:

... ce centre, cet hôpital...  
... de vous parler est  
... des centres de rue. Ça  
...

PROFESSEUR MARIE-ANDRÉE BERTRAND, commis-

DOCTEUR JACQUES BOISSIER:

PROFESSEUR MARIE-ANDRÉE BERTRAND, commis-

Après expérience

PROFESSEUR JACQUES BOISSIER:

...  
... les  
...  
...  
...  
...  
...







DOCTEUR JACQUES BOISSIER

DOCTEUR JACQUES BOISSIER:

... tant donné que ça concerne  
... pas avoir  
... Mais à chaque fois  
qu'il y a un repère de connu qui est en général une  
... repère, il est décelé et il est détruit, mais ils  
se déplacent très rapidement, étant donné que le ma-  
tériel qu'il faut pour transformer de la morphine  
en héroïne, étant donné qu'il faut de l'anuride as-  
cétique et quelque matériel de verre, ...  
fait. Les effectifs de la police sont ...  
passés de six à cinquante du jour au ...  
...

... héroïne ne va pas  
se traiter forcément comme une autre intoxication  
aigue, en particulier il y a toute la question de  
... des stimulants respiratoires qui interviennent.  
Si c'est pour les ...  
C'est dans ce sens-là que ce fichier est fait.

...



DOCTEUR JACQUES BOISSIER

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-

DOCTEUR JACQUES BOISSIER:

Le premier problème que nous posons, c'est de  
le problème à l'envers. en vous donnant les résul-  
tats obtenus à partir d'héroïnomanes ou de polytoxi-  
comanes et il se trouve que quatre-vingt-cinq  
pourcent (95%) de ces gens-là avaient commencé par  
le chanvre indien. Est-ce qu'il faut en conclure  
que le chanvre indien conduira à tous les coups à  
l'héroïnomanie? C'est une question que nous ne pouvons  
pas répondre. Nous ne pouvons pas dire que le chanvre  
indien conduit à l'héroïnomanie. Nous ne pouvons pas  
dire que c'est la cause de l'héroïnomanie. Enfin  
moi, je suis très troublé par ce chiffre. Quatre-  
vingt-quinze pourcent (95%) d'héroïnomanes ont com-  
mencé par le chanvre indien. C'est un chiffre  
commencé par le chanvre indien.

En fait, ce chiffre est très différent  
selon les régions. C'est un chiffre qui est très bien  
documenté. Il est très bien documenté.

DOCTEUR ANDRÉ VILLENEUVE

Le chanvre indien est une plante à usage médical.





DOCTEUR JACQUES BOISSIER

DOCTEUR JACQUES BOISSIER:

DOCTEUR HEINZ LEHMANN. commissaire:



DOCTEUR JACQUES BOISSIER

...istes du LSD, mais ça ne va pas plus loin.  
Je pense qu'on pourrait presque chiffrer par dizaines de personnes pas plus. Il faut dire qu'il y a deux ans que le LSD, en France, est sous le régime des stupéfiants comme la morphine. Il n'est même pas délivrable au médecin psychiatre. Les psychiatres qui veulent le LSD, ils doivent aller le demander au ministre de l'Intérieur. C'est la même chose ici.

DOCTEUR JACQUES BOISSIER

C'est la même chose ici.

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Est-ce que c'est encore sous le régime en France?

DOCTEUR JACQUES BOISSIER

Le régime est le même. C'est la même chose. Alors l'amphétamine, par exemple, elle est consommée autant que l'alcool. C'est presque toujours une double toxicomanie, amine - barbituriques et comme avec les barbituriques, je ne l'ai pas dit, il y a association de l'alcool très souvent car contrairement à ce qu'on a dit: si dans certains pays



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

DOCTEUR JACQUES BOISSIER  
du monde Les drogues ont remplacé l'alcool. en Fran-  
ce on assiste maintenant souvent à une association  
de





-128-

DOCTEUR BOISSIER

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Et les amphétamines sont administrées  
par voies orales ou intra-veineuses comme ici?

DOCTEUR BOISSIER:-

Intra-veineuses.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

En grandes doses? Mille milligram-  
mes comme ici?

DOCTEUR BOISSIER:-

Oui, oui, et c'est là où il y a des  
accidents graves.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
commissaire:-

Docteur Boissier, vous avez mentionné  
comme un des faits démontrant bien la progression,  
enfin le plus grand usage des drogues en France,  
ce phénomène, ce passage de quelques officiers  
de la police à un beaucoup plus grand nombre.  
Je n'ai pas retenu les chiffres.

DOCTEUR BOISSIER:-

De six à cinquante.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
commissaire:- Six à cinquante?

DOCTEUR BOISSIER:- Oui.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
commissaire:- Je n'ai malheureuse-  
ment pas parlé depuis quelque temps avec nos amis  
criminologues là-bas, est-ce que vous auriez, je



BOISSIER

m'excuse de vous mettre hors de votre terrain, est-ce que vous sauriez si on est satisfait d'avoir augmenté ainsi les effectifs des forces de répression? Est-ce que ça a quelque effet, est-ce qu'il a fallu pour cela divertir, faire passer les forces de l'ordre de certains secteurs de la répression à un autre? Est-ce que vous êtes au courant?

DOCTEUR BOISSIER:-

Au point de vue du recrutement je ne peux pas vous dire. Je pense qu'on a pris des forces, enfin des officiers d'un secteur pour les faire passer dans un nouveau secteur et qu'on a recruté pour l'ancien secteur, je pense que c'est ça.

Tout le monde a l'air d'en être satisfait, car cette augmentation, à la suite de cette augmentation, il y a eu des arrestations spectaculaires qui ont eu lieu au cours de ces six derniers mois, dont vous avez certainement entendu parler ici, puisque le Narcotic Bureau s'était déplacé même à ce sujet-là.

Il y a eu un paquebot turc, je crois, sur lequel on a saisi à bord plusieurs centaines de kilos d'héroïne, de morphine, je m'excuse, et des balles d'opium.

C'est à la suite de ça, c'est à la suite de cette augmentation qu'il y a eu également



-130-

BOISSIER

plusieurs usines clandestines qui ont été décelées et détruites.

Donc, il y a eu certainement un effet bénéfique.

Alors, la position...

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
commissaire:-

A ce moment-là, je m'excuse, alors à ce moment-là, vous nous indiquez qu'au fond l'essor des forces de répression ont surtout porté sur les trafiquants et les importateurs?

DOCTEUR BOISSIER:-

Oui, c'est là où je voulais en venir.

La position de la police, je ne connais pas la position de la police dans son ensemble du Ministère de l'Intérieur, mais je connais bien la position du Commissaire Ottavioli, qui dirige l'ensemble de ces services. Sa position est extrêmement nette, sa position est de séparer formellement les trafiquants et les consommateurs.

Et il voudrait, lui, il souhaiterait que les mesures répressives soient aggravées pour agir contre les trafiquants en précisant qu'il n'agirait pas au contraire contre les consommateurs.

La position de la Justice est tout autre.

La position de la Justice, je ne sais



-131-

DOCTEUR BOISSIER

pas s'il faut mettre ça au procès-verbal.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Oui.

DOCTEUR BOISSIER:-

Alors, il vaut mieux que je ne le dise pas.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Est-ce que ce n'est pas la politique officielle alors.

DOCTEUR BOISSIER:-

Non, non. La politique de la justice n'est pas une politique officielle, c'est simplement une politique personnelle de quelques juges d'instruction.

Dont un certain Juge d'instruction célèbre en France, à Paris, et qui instruit toutes les affaires de drogues et qui admet que tout individu pris avec une cigarette sur lui est un trafiquant, car il peut être amené à la donner ou à la vendre.

Donc, il faut le réprimer comme un trafiquant.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Mais, est-ce que la police ne contrôle pas à discrétion la possession, est-ce qu'ils ne contrôlent pas les causes en fait?

DOCTEUR BOISSIER:-

La police a déclaré, enfin le commis-





DOCTEUR BOISSIER

saire Ottavioli a déclaré publiquement qu'il était impossible de faire un contrôle aux frontières.

Que le contrôle aux frontières était impossible, un contrôle général, et il a donné l'exemple des trois avions, des trois Boeing qui arrivent tous les jours d'Ankara et on ne peut pas fouiller cinq cents personnes tous les jours. Ce n'est pas possible surtout aussitôt que ça se saura, les gens passeront par Zurich, Amsterdam, Bruxelles ou passeront par voie terrestre et le problème sera changé.

Le seul contrôle sérieux qui se fasse c'est dans la région marseillaise, les paquebots. Et dans les autres cas par dénonciation.

Mais ils admettent que ce qui se fait par cette contrebande de poche c'est pour la consommation personnelle, donc ce n'est pas très grave.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Avec la préparation des cas est-ce que la police ne peut pas presque diriger la Cour, lui dire comment agir?

DOCTEUR BOISSIER:-

Ce que je voulais dire...

M. GERALD LeDAIN, président:-

C'est-à-dire que les causes sont



-133-

DOCTEUR BOISSIER

produites par la police et si la police a pour politique de ne pas procéder contre les usagers ...

DOCTEUR BOISSIER:-

Je crois que finalement, c'est une opinion tout à fait personnelle qu'à chaque fois que la police peut ne pas poursuivre une affaire auprès du juge d'instruction, par exemple quand il s'agit de lycéens pris avec du chanvre indien, la police s'abstient.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

commissaire:-

La police ne relève pas du même Ministère que la Magistrature?

DOCTEUR BOISSIER:- Pardon?

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire:-

Du même Ministère que la Magistrature?

DOCTEUR BOISSIER:-

Non, du tout.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire:- Ca ne relève pas du

même Ministère?

DOCTEUR BOISSIER:- La police relève du Ministère de l'Intérieur et la Magistrature relève du Ministère de la Justice.

Mais il s'agit, je crois qu'il s'agit strictement d'une question de personne, il s'agit de l'opinion strictement personnelle du Commissaire



-134-

DOCTEUR BOISSIER

Ottavioli, qui a d'ailleurs tout pouvoir pour la réservation.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Et auprès du secteur public, le problème de l'usage de la marijuana, quelle est l'attitude, est-ce que c'est discuté quelle est l'attitude.

DOCTEUR BOISSIER:-

Bien, les consommateurs discutent bien de l'utilisation de la marijuana: pourquoi est-ce qu'on n'en consommerait pas, la marijuana est toujours, on nous oppose l'alcool, c'est valable pour tous les pays du monde.

Mais, dans la population adulte, c'est une position hostile générale,...

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Hostile?

DOCTEUR BOISSIER:- Oui, oui, toute la population adulte est hostile.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Hostile ou effrayée ou les deux?

DOCTEUR BOISSIER:- Hostile et effrayée lorsqu'ils ont dans leur famille des rejetons qui fument, sans ça, si c'est les enfants du voisin, ils s'en fichent, ils sont hostiles tout simplement.

Chez les jeunes alors on a cherché à savoir, quoi qu'il n'y ait pas eu d'enquête





DOCTEUR BOISSIER

comme au Québec, on a cherché à savoir les motivations.

Alors, je crois que toute enquête qu'on fera sur les motivations seront biaisées au départ, parce que les drogués avérés, ceux qui sont arrivés à la morphine ou à l'héroïne trouveront après coup deux raisons qui ne sont pas les bonnes. Et ce sont ceux-là qui iront dire, qui diront:

"Nous avons pris du chanvre indien ou de la drogue, n'importe quoi, parce que la société de consommation etc..."

Mais au début c'était la curiosité pour une immense majorité...

M. GERALD LeDAIN, président:- Quoi?

DOCTEUR BOISSIER:-

La curiosité pour une immense majorité, c'est un phénomène de groupe.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Et puis après?

DOCTEUR BOISSIER:-

Le défi, le besoin d'atteindre un milieu, d'atteindre un milieu, qui n'est pas celui des parents et qui leur appartient personnellement.

Il y a eu récemment à Paris, il y a trois semaines un symposium justement intitulé: les drogues et crises de civilisation. Et il en ressorti de là que la drogue n'est pas reliée,



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

DOCTEUR BOISSIER

n'est pas une crise de civilisation.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

La réponse est que ça n'en était pas  
une?

DOCTEUR BOISSIER:-

Que ce n'était pas relié.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire:-

Les actes de ce symposium seront  
publiés.

DOCTEUR BOISSIER:- Ils sont sous pres-  
se à l'heure actuelle.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Est-ce que la drogue est un symptôme  
quelconque?

DOCTEUR BOISSIER:-

Oui, peut-être, peut-être une évolution  
qui n'est pas forcément une crise de civilisation.  
C'est peut-être en rapport avec l'évolution,  
mais ce n'est pas forcément une crise, quand on  
dit crise, ça sous-entend un phénomène explosif  
qui n'est pas évolutif.

Il y a le côté curiosité, le côté  
curiosité cité par les petits camarades qui en  
font autant, ce n'est pas une réponse, mais la  
curiosité est citée sur un plan beaucoup plus  
général.

On a connu l'époque, je parle de



DOCTEUR BOISSIER

1 l'époque pour la France où les jeunes avaient  
2 comme exutoire le bal du samedi soir. Bon, après  
3 il y a eu l'époque du scooter, avant l'époque  
4 du cinéma. On allait au cinéma une fois par  
5 semaine, ensuite l'époque de la voiture, tout  
6 le monde a sa voiture, alors ils ont tout ça  
7 aujourd'hui il leur faut donc autre chose.  
8 Il leur faut donc autre chose.

9 Il y a quand même quelque chose qui  
10 me semble, moi, à mes yeux, assez caractéristi-  
11 que, c'est que le phénomène dans son ensemble tou-  
12 che préférentiellement, je ne dis pas exclusive-  
13 ment, préférentiellement les classes citadines  
14 et les classes aisées ou relativement aisées;  
15 peu à la campagne, relativement peu chez les  
16 ouvriers ou même très peu, bon.

17 Si c'était véritablement une crise  
18 de civilisation, et ça on le sent très bien en  
19 France, ce sont ceux qui prônent la suppression  
20 de la société de consommation qui seraient les  
21 premiers à préconiser la drogue.

22 Or, on constate en Europe et en  
23 France que tous les gauchistes sont résolument  
24 contre la drogue. Tous les maoïstes sont  
25 résolument contre la drogue, et vous ne trouvez  
26 pas un drogué parmi eux.

27 Or, la crise de civilisation c'est  
28 bien eux qui l'évoquent avant tous les autres.



-138-

DOCTEUR BOISSIER

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

C'est un phénomène que l'on observe principalement à Paris ou dans toutes les grandes villes ou aussi dans les petites villes?

DOCTEUR BOISSIER:-

Non, c'est Paris et les grandes villes très nettement.

Et c'est certain que c'est lié aux grands centres universitaires. Ce qui ne veut pas dire que ça ne soit que dans les universités.

Et s'il y a un grand centre universitaire, il y a nécessairement plusieurs lycées importants.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Une université comme Grenoble par exemple, pas associé avec une grande ville?

DOCTEUR BOISSIER:-

Ah! oui, Grenoble; Grenoble serait un cas.

Il y a un cas typique que je connais bien c'est Montpellier.

Ce qui ne veut pas dire qu'il y en ait plus qu'ailleurs, mais je le sais personnellement.

Mais, il y a eu Orléans aussi, à Grenoble par exemple, je ne sais pas d'une façon précise, je ne peux pas répondre.





-139-

DOCTEUR BOISSIER

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

En général, vous ne diriez pas que n'importe quelle université pourrait être atteinte comme on pourrait dire pour le continent nord-américain.

DOCTEUR BOISSIER:-

Je pourrais dire presque toutes.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Presque toutes?

DOCTEUR BOISSIER:-

Presque toutes. Avec bien sûr moins dans les pays de l'ouest, mais c'est une question de terroir.

Les gens de l'ouest sont beaucoup plus attachés à la terre et ceux du nord aussi et par contre aussitôt qu'on passe Paris et le sud de la Loire.

Mais ça en France c'est classique pour tous les phénomènes c'est la même chose.

Il y a le nord de la Loire et le sud de la Loire.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Une autre chose que vous avez mentionnée, il n'y a aucune arrestation de quelqu'un au-dessous de quinze ans (15).

Alors, est-ce que ça veut dire qu'il n'y a pas de problème chez les enfants plus jeunes ou est-ce que c'est la police qui ne s'en



-140-

DOCTEUR BOISSIER

occupe pas.

DOCTEUR BOISSIER:-

Ah! c'est très difficile de répondre, enfin, je ne pense pas qu'il y ait de problème au point de vue des drogues, des grandes drogues. Peut-être quelques gamins prennent-ils du haschish, de la marijuana, peut-être, je n'en sais rien.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Des amphétamines?

DOCTEUR BOISSIER:-

Il y en a certainement mais il y en a certainement très peu.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Et pas beaucoup de colle, d'acétone comme ici?

DOCTEUR BOISSIER:-

C'est inconnu. C'est inconnu. Comme je le disais c'est inconnu, je dois même dire que quand j'en ai parlé en France à mon retour du Québec à la suite du symposium qui avait eu lieu ici, où j'ai raconté ces histoires de colle, la plupart des psychiatres les plus éminents et des policiers ont été tout à fait étonnés d'entendre parler de cette histoire-là.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
commissaire:-

Est-ce qu'on peut revenir, docteur Boissier sur le problème de l'éducation?



-141-

DOCTEUR BOISSIER

DOCTEUR BOISSIER:- Oui.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire:-

J'ai maintenant bien noter comment vos fiches sont organisées et à quelles fins.

Maintenant, est-ce qu'on peut savoir s'il se fait actuellement à travers leur programme du système d'éducation en France quelque éducation, est-ce qu'on y donne quelque cours d'information que ce soit?

DOCTEUR BOISSIER:-

Rien du tout, rien, rien, rien, rien.

Il y a beaucoup de discussions à la télévision, il y a beaucoup de notes du Ministère, il y a le fils du Ministre qui a créé un centre d'urgence, où on répond au téléphone aux drogués.

Enfin, tout ça est strictement inefficace et inutile.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Et les parents est-ce qu'ils sont, il n'y a pas un sentiment de crise chez les parents, ils n'ont pas beaucoup d'appréhension?

DOCTEUR BOISSIER:-

Ah! si, si, et les parents ne font rien parce qu'ils en sont incapables. Ils sont incapables de remplir leur rôle de parents, c'est en France comme partout ailleurs, ce n'est pas un problème typiquement français.





-142-

DOCTEUR BOISSIER

Si les parents n'avaient pas élevé leurs enfants de la façon dont ils les ont élevés, il est infiniment probable qu'on ne verrait pas ce phénomène.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Qu'est-ce que vous croyez que nous sommes capables de faire en tant que prévention, docteur?

DOCTEUR BOISSIER:-

Moi, je ne vois que l'information.

M. GERALD LeDAIN, président:-

La meilleure éducation possible?

DOCTEUR BOISSIER:-

Moi, je ne vois que l'information.  
Information et éducation.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Et information dirigée à quel but?

DOCTEUR BOISSIER:-

L'information très jeune d'une façon générale.

Il est aussi important à mon avis d'expliquer à des jeunes gamins de sept, huit ans ce que c'est qu'un médicament que de leur expliquer que le monde a cinq parties. C'est beaucoup plus important pour leur vie future.

Ca doit rentrer dans l'éducation élémentaire. Comme on leur dit qu'il y a des avions, il faut leur dire qu'il y a des médicaments. Des



-143-

DOCTEUR BOISSIER

avons ça sert à voler, les médicaments ça sert à se soigner et ça ne se prend que pour se soigner.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire:-

Est-ce que je vous ai bien compris vous avez dit que n'importe quelle information en provenance des organismes gouvernementaux serait considérée comme sujet à caution par les jeunes?

DOCTEUR BOISSIER:-

Vous m'avez très bien compris.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

Commissaire:-

Est-ce que vous avez l'impression que c'est un phénomène, vous avez maintenant passé, je pense, plusieurs mois au Canada...?

DOCTEUR BOISSIER:-

Je peux répondre que c'est un phénomène mondial, le même phénomène existe aux Etats-Unis et ici et nous avons eu la preuve de ça il y a deux ans en mil neuf cent soixante-huit ici même.

M. GERALD LeDAIN, président:-

J'oserais peut-être vous demander quelle preuve en mil neuf cent soixante-huit, docteur?

DOCTEUR BOISSIER:-

Au symposium sur les psychodisleptiques



-144-

DOCTEUR BOISSIER

à l'Université de Laval à Québec, qui fut suivi  
d'un colloque public.

Nous avons pu voir pas mal d'étudiants  
et parler avec eux et ça semblait évident.

Alors, le problème de l'information,  
parce qu'il faut aller plus loin, pour informer  
il faut avoir des éléments d'information.

Les jeunes veulent qu'on leur dise par  
exemple si je prends le chanvre indien, qu'est-ce  
qui va se passer, est-ce que c'est toxique, est-  
ce que ça n'est pas toxique?

Si c'est toxique, pourquoi? Par  
quelle preuve?

Donc, il faut des éléments pour in-  
former. Mais, nous n'avons aucun élément pour  
informer.

Donc, la première chose à faire, c'est  
de faire une étude scientifique, objective, sur  
toutes ces drogues et en particulier sur le chan-  
vre indien.

Pour faire ces études il faut de  
l'argent.

Or, aucun des gouvernements, à ma  
connaissance n'acceptait de lâcher un seul cent  
pour faire ces études.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Est-ce que vous auriez des difficul-  
tés d'avoir le haschish, le chanvre, même si vous



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

DOCTEUR BOISSIER

aviez l'argent et des projets pour faire des recherches.

DOCTEUR BOISSIER:-

Monsieur Lehmann si je voulais deux cents kilos de chanvre indien demain, je les aurai le Ministère me les donnera.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:

Mais sans difficulté?

DOCTEUR BOISSIER:-

Aucune difficulté.

Je peux les avoir. J'ai eu récemment par exemple dix grammes de L.S.D.

Suffit de les demander au Ministère.

J'avais posé la question pour avoir du Quatre (4) et on a fait venir du Quatre (4) du Yemen, directement. Il n'y en avait pas en France, on en a fait venir du Yemen, le Ministère en a fait venir pour me le donner.

Mais la difficulté n'est pas d'avoir des produits, mais d'avoir de l'argent pour pouvoir faire des études. Parce que si nous devons faire ces études, remplacer nos programmes de recherches par d'autres programmes de recherches, sans personne supplémentaire il n'en est pas question. Enfin, en ce qui me concerne personnellement.

Nous allons tourner en rond, les gouvernements ne veulent pas donner un sou et nous,





DOCTEUR BOISSIER

nous ne voulons pas travailler pour rien.

Enfin, pour rien, abandonner nos programmes de recherches actuels pour ça, il n'en est pas question.

C'est en grande partie une question de routine, il est question de la toxicité, de l'étude de la toxicité du chanvre indien, c'est une question de routine et il n'a jamais été fait d'étude du chanvre indien en inhalation, en cigarette de chanvre indien, plus exactement ça a été fait, mais ça n'a jamais été publié.

Alors, c'est comme si ça n'avait pas été fait.

On n'a jamais comparé les diverses sortes de chanvre indien entre eux. Personnellement ça me semble fondamental, on n'a jamais recherché quels étaient les autres principes actifs du chanvre indien sauf le trans-tetra-hydrocannabinol du chanvre indien, or, il en existe certainement d'autres puisque comme vous le savez les actions pharmacologiques du tétra-hydrocannabinol sont différentes de celles du chanvre indien. Dans la mesure où on peut le savoir, et elles sont différentes c'est certain.

Seulement on n'a jamais étudié les conditions de toxicité des amphétamines par voie intra-veineuse, ça n'a jamais été fait d'une façon scientifique, claire, précise.



DOCTEUR BOISSIER

Le phénomène de l'escalade pourrait certainement être étudié avec les moyens dont on dispose à l'heure actuelle sur le singe et à partir de marijuana. Il faudrait faire fumer des singes, voir s'ils ont tendance à passer à autre chose. Ca pourrait se faire avec les méthodes dont nous disposons.

Ca coûterait cher, ça coûterait très cher, mais ça pourrait se faire et à mon avis c'est par là qu'il faut commencer.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Docteur, vous avez, en parlant de l'information qu'il faut fournir, vous avez, si je vous ai bien compris, à un moment donné vous avez dit: "Il faut leur expliquer que les médicaments sont pour se soigner", est-ce que je dois sous-entendre que vous faites une distinction entre les critères de bon usage, à votre avis c'est l'usage médical, l'usage médical par rapport à l'usage non-médical?

DOCTEUR BOISSIER:-

Ce n'est pas tout à fait ça, si vous voulez j'entends définir l'abus par une déviation de l'objet. C'est-à-dire qu'à partir du moment où on détourne de son objet quelque chose, il y a abus.

Alors, le détournement de l'objet peut se faire parce qu'on va prendre tel que: un médicament si on n'est pas malade, on va le



DOCTEUR BOISSIER

prendre pour une indication qui n'était pas celle pour laquelle il a été prescrit, on va le prendre à une dose qui n'est pas celle qu'il faudrait prendre, on va le prendre par une voie qui n'est pas celle qui a été prescrite.

C'est tout le détournement du but en quelque sorte.

Et nous nous sommes mis d'accord d'ailleurs dans notre Commission, qui ne s'appelle pas la Commission de la Drogue, mais qui s'appelle la Commission des substances donnant lieu à abus.

Et il a fallu définir ce que c'était qu'une substance donnant lieu à abus.

Et nous les avons définies de cette façon-là par le détournement du but pour lequel la substance avait été faite.

L'essence est faite pour mettre dans les moteurs, elle n'est pas faite pour être respirée.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Et l'alcool?

DOCTEUR BOISSIER:-

Et l'alcool.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Comment est-ce que la définition s'applique à l'alcool par exemple?

DOCTEUR BOISSIER:-

Je dois dire que l'alcool nous l'avons





1  
2  
3  
4  
5  
6 l'éliminer de nos attributions

7  
8 L'alcool, on peut répondre à votre  
9 question, là je répondais en ce qui concerne notre

10  
11 Mais l'alcool peut parfaitement rentrer  
12 dans cette définition, car il est parfaitement  
13 démontré que jusqu'à une certaine dose, l'alcool  
14 peut servir d'aliment, par le fait que l'alcool  
15 introduit dans l'organisme et catabolisé fournit  
16 ainsi un certain nombre de calories qui sont  
17 utilisables par l'organisme.

18 Au-dessus de certaines doses, il va  
19 se produire des phénomènes nocifs et indiquent un  
20 détournement du but, ce n'est pas dans un but  
21 calorigène, si j'ose dire, que l'alcool est pris.

22 PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,

23 Commissaire:-

24 Je ne veux pas entrer dans les secrets  
25 de votre Commission: mais est-ce que la définition  
26 des buts est laissée entièrement aux commissaires  
27 ou si la population a la possibilité de dire  
28 aussi à quelles fins elle voudrait...

29 DOCTEUR BOISSIER:-

30 Non, je dois dire que cette définition



-150-

DOCTEUR BOISSIER

n'a pas été faite pour le besoin public, elle a été faite pour le besoin interne de la Commission. Par souci de cartésianisme uniquement.

Ca n'a aucune importance, parce que tout le monde sait de quoi il s'agit, et nous voulions quand même arriver à quelque chose de précis.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
Commissaire:-

Et est-ce qu'on peut savoir quel est le but que vous avez enfin que vous avez défini comme étant celui du chanvre indien?

DOCTEUR BOISSIER:-

Aucun, le chanvre indien n'a aucune utilité médicale.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Donc, l'usage, si je comprends bien, moi, je ne peux pas prononcer...

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
Commissaire:-

L'usage est toujours un abus.

DOCTEUR BOISSIER:-

Oui, du chanvre indien, oui.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

S'il n'y a pas de but...

DOCTEUR BOISSIER:-

S'il n'y a pas de but à priori c'est un abus.



-151-

DOCTEUR BOISSIER

Je dois dire, il faut que je m'explique pourquoi on en est arrivé à cette notion de substances donnant lieu à abus. Je crois que c'est important, parce qu'on ne pouvait pas arriver à donner une définition de la drogue, c'est impossible d'arriver à donner une définition de la drogue.

Et puis on s'est surtout aperçu qu'avec ces poly-toxicomanies on était en présence d'une consommation de médicaments qui ne nous apparaissaient même pas comme psychotropes mais qui devaient probablement l'être, puisqu'ils étaient consommés.

Mais les actions psychotropes de la "célacéthine", elles ne crèvent pas les yeux.

Donc, nous voulions faire entrer ces substances-là dans notre étude et les substances futures que les gens pourraient prendre.

Bon! Et puis, nous n'avons pas mis médicaments, mais substances donnant lieu à abus, parce que ça laissait rentrer là-dedans l'essence par exemple l'acétone qui ne sont pas des médicaments. L'acétone à la rigueur, à la rigueur, mais l'essence non.

Alors, c'est pour ça qu'on en est arrivé à substances donnant lieu à abus. Je dois dire que ce terme, on en est arrivé à ce



DOCTEUR BOISSIER

terme grâce à la rigueur des experts français  
qui siègent à la Commission de la Pharmaco-  
dépendance à L'O.M.S., et qui ont vraiment  
l'habitude de manier ces définitions et ces  
termes et ça nous a donné satisfaction, je ne  
sais pas si c'est parfait, non, loin de là.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Comment est-ce que la définition  
s'appliquerait à la nicotine. Je suppose que la  
nicotine n'est pas comprise dans votre liste  
de drogues psycho-actives?

DOCTEUR BOISSIER:-

Non, mais le tabac rentrerait  
parfaitement, parfaitement là-dedans.

Le but de fumer, on ne voit pas  
quelle idée à part un certain plaisir peut-être.

Quant à la nicotine, alors là c'est  
parfaitement démontré, c'est l'action psychotrope  
de la nicotine. La nicotine n'a aucune action  
thérapeutique, aucun usage thérapeutique.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Comme ça, on ne peut pas dire un  
but d'aliment pour ça, donc c'est un but de plai-  
sir.

DOCTEUR BOISSIER:-

Bien éventuellement un aliment qui  
serait pris par une voie non classique, non  
habituelle rentrerait dans cette catégorie.





DOCTEUR BOISSIER

L'injection intra-veineuse de mayonnaise rentrerait parfaitement dans la catégorie.

Il y a une sorte de distorsion de l'usage.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Donc, le programme que vous envisageriez d'information, si je comprends bien, n'est pas un programme, qui se fie uniquement aux faits, c'est-à-dire aux faits objectifs des effets de la drogue, mais qui contient une évaluation ou même un côté moral, une conception de l'abus, du détournement du but naturel, donc, c'est un programme avec un contenu moral, n'est-ce pas?

DOCTEUR BOISSIER:-

Il est très difficile de parler d'une drogue quelconque, sans faire appel à une morale quelle qu'elle soit, parce que le but, il n'est défini que pour une société déterminée.

Au Yémen, les Yéméniques qui prennent du Quatre (4) ne sont pas du tout considérés comme faisant un abus.

En Afrique noire ceux qui prennent du Cola et qui arrivent à faire une véritable psychose caféïque ne sont pas considérés du tout comme faisant un abus.

Il n'y a pas longtemps en Afrique



DOCTEUR BOISSIER

du Nord on ne considèrait pas du tout les fumeurs de chanvre indien comme faisant un abus et dans l'ancienne Indochine on ne considèrait pas du tout que fumer l'opium était un abus puisque l'opium était vendu par la Régie Française, sous cachet de la Régie Française.

Selon le principe qu'il valait mieux contrôler une toxicomanie pour l'avoir bien en main, ce qui est un point de vue.

Mais, nous avons cherché à ne pas mettre de côté moral, c'est arrivé par là que nous avons utilisé le mot abus qui sous-entend un espèce de jugement, mais nous nous efforçons de ne pas avoir de jugement.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Croyez-vous, d'après votre connaissance de l'intelligence française que l'idée de quelque chose non naturelle ou contre nature que cette idée peut influencer la conduite des gens, la conception de choses qui sont contre nature?

DOCTEUR BOISSIER:-

Je ne pense pas. Je ne pense pas. Il faut, on ne pourra influencer les gens que si on leur démontre d'une façon objective qu'il n'y a aucun intérêt à consommer telle ou telle chose.

Pour ça, la valeur morale est



DOCTEUR BOISSIER

pratiquement nulle, l'argument moral est pratiquement nul.

On peut se poser bien sûr la question, ce qui se passerait si dans tout un pays tout le monde fumait du chanvre indien.

C'est difficile de répondre.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Est-ce que les membres de votre Commission ont pensé à ça ou disons est-ce qu'il y a aucune réflexion sur l'effet social ou la tendance générale pour la société?

DOCTEUR BOISSIER:-

Non, les membres de la Commission sont pratiquement tous, sauf deux, contre à priori, il n'y en a que deux qui ne sont ni pour ni contre.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Ils ont été choisis pour ....

DOCTEUR BOISSIER:-

Non, non, du tout.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Enfin, c'est une Commission indépendante, est-ce que c'est une Commission pour formuler une politique d'information?

DOCTEUR BOISSIER:-

Ah! oui, oui, oui.

Il y a eu d'abord un groupe de travail nommé par le Cabinet du Ministre. Ca





DOCTEUR BOISSIER

s'appelait un groupe de travail qui était tout à fait informel.

Ce groupe de travail a été amené par les ordres du Ministre et malgré l'opposition de deux membres de la Commission à tenir un symposium au mois de janvier.

Ce symposium sera publié le mois prochain.

Et, à la suite de ce symposium, plutôt entre-temps la Commission, le groupe de travail avait demandé à être élargi de lui-même en disant il faut appeler d'autres personnes, et depuis un mois le Ministre a érigé, si j'ose dire, ce groupe de travail en Commission officielle, tout à fait officielle.

Et cette Commission a pour but de donner des recommandations au Ministre et ça ne va pas plus loin. La Commission n'a rigoureusement aucun pouvoir de décision comme toutes les Commissions générales d'ailleurs.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Quel ministre?

DOCTEUR BOISSIER:-

Le ministre de la Santé, c'est la Santé. C'est très important, c'est la santé publique.

Maintenant, dans cette Commission il y a des psychiatres, il y a des psychologues,



DOCTEUR BOISSIER

des sociologues, des pharmacologues, des administratifs, comme administratifs, il y a en particulier les gens du Bureau des Stupéfiants, qui correspondrait au Bureau des Stupéfiants il y a en particulier des gens qui sont experts à L'O.M.F., il y a un policier.

M. J. PETER STEIN, commissaire:-

Avez-vous discuté avec les personnes qui utilisaient ces drogues, la jeunesse et les personnes qui ont les préférences, pas les personnes qui ont quitté seulement, mais les personnes qui ont la préférence et qui utilisent...

DOCTEUR BOISSIER:-

Oui. Les réponses varient avec l'état où les sujets nous sont arrivés.

Les fumeurs débutants en général nous disent: ça ne fait pas de mal, je n'ai pas l'intention de continuer, je resterai au chanvre indien, qu'est-ce que ça peut faire, etc.

Quand ils sont arrivés au stade ultime, alors c'est à ce moment-là qu'ils trouvent des motivations, après coup, mais un grand nombre d'entre eux voudraient quand même s'en débarrasser, qu'ils veuillent ou qu'ils ne veuillent pas s'en débarrasser, en général ils justifient leur consommation par deux choses, ça dépend de la maturité ou bien par le droit d'avoir accès à un monde inconnu qui



DOCTEUR BOISSIER

augmente, qui peut augmenter la richesse de connaissances créatives ou artistiques ou tout ce qu'on voudra, ou bien alors qu'ils justifient uniquement par la frustration du père en quelque sorte, en disant: c'est un domaine qui m'appartient à moi où mes parents ne peuvent pas aller.

M. J. PETER STEIN, commissaire:-

Une autre question. A la Commission avez-vous discuté de la question de dépendance psychologique par exemple, est-ce que cette chose, je ne suis pas sûr du mot, la dépendance psychologique, est-ce que c'est une chose dont vous avez discuté avant?

DOCTEUR BOISSIER:-

Non. Nous sommes très peu avancés du point de vue psychologique et sociologique, parce que nous n'avons pas pu trouver en France un psychologue et un sociologue qui étaient au courant des questions de drogues. C'est-à-dire que nous avons deux personnes fort compétentes au point de vue psychologie et sociologie mais qui ont tout à apprendre, qui sont en train de se plonger dans le problème. Alors, ce problème-là n'a pas du tout été abordé.

M. J. PETER STEIN, commissaire:-

Le point de la question était qu'ici nous avons écouté que les dépendances psychologiques



DOCTEUR BOISSIER

ce n'est pas mal, ce n'est pas bon. C'est possible d'être un ou l'autre?

Une personne a dit j'ai une dépendance sur ma femme, un autre sur le café, un autre sur le journal...

DOCTEUR BOISSIER:-

Je comprends bien la question. Alors, je crois en effet qu'on peut parfaitement prendre ou adopter un point de vue que la dépendance psychologique que ça n'a aucune importance puisque c'est une dépendance psychologique. Tout va bien si cette dépendance psychologique porte uniquement sur le produit consommé, dans le cas présent le chanvre indien, même si ça conduit à augmenter les doses, du moment que ça ne va pas trop loin.

Mais premièrement, cette dépendance psychologique, donc qui est une pulsion qui peut conduire à augmenter considérablement les doses et on peut arriver de cette façon-là à des doses qui ne sont plus inoffensives, mais qui sont toxiques.

Les psychoses cannabiques, ça existe. Ce n'est pas une vue de l'esprit. Il y a peu de fumeurs de chanvre indien qui font des psychoses, mais il y en a. Et, en général, on ne fait pas une psychose cannabique en fumant une cigarette de temps en temps.





DOCTEUR BOISSIER

Deuxième point: Il faudrait démontrer que ce n'est pas la dépendance psychologique qui conduit au phénomène de l'escalade, si tant est que ce phénomène existe. Et c'est par ce côté-là à mon avis qu'une dépendance psychologique peut être dangereuse, parce qu'à ma connaissance, la dépendance psychologique au café n'a jamais conduit, n'a jamais conduit, à ma connaissance, à l'héroïne, alors qu'il semble bien que la dépendance psychologique au chanvre indien puisse conduire à l'héroïne.

Ce sont des problèmes, ce sont des questions auxquelles il faudrait répondre.

On ne peut pas y répondre d'une façon précise tout de suite. Mais, il faudrait y répondre. Or, on ne peut pas y répondre avec nos connaissances actuelles, dans le vague où nous sommes, il faut faire des études scientifiques et sérieuses, mais toutes ces études sont encore à faire.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Madame Radouco-Thomas.

MADAME RADOUCO-THOMAS:-

Je voudrais simplement demander au professeur Boissier, comment il explique ce fait que le L.S.D. est devenu un aspect mineur.

On m'aurait dit qu'à Montréal actuellement au contraire le L.S.D. prend beaucoup



DOCTEUR BOISSIER

plus d'envergure. Comment se fait-il qu'en France il y a l'argument qui a été mentionné que les mesures sont aussi draconniennes pour le L.S.D. que pour l'héroïne, mais en France on craindrait un peu l'héroïne. Comment se fait-il que la population ou les jeunes laissent actuellement de côté le L.S.D. contrairement à notre région?

DOCTEUR BOISSIER:-

Bien, c'est bien difficile de répondre, je crois surtout que c'est parce qu'il n'y a pas de source.

Je crois que c'est ça le problème, le français n'est pas, l'étudiant français n'est pas tellement industriel et je crois qu'il n'a aucune compétence pour aller fabriquer du Lysergamide à partir d'acide lysergique et de dyéthylamide, il n'y a aucune chance qu'ils fabriquent ça.

Alors, il faudrait que ça vienne d'où? Ca ne peut pas venir de Suisse. Sandoz garde bien son L.S.D., on pourrait en voler dans mon placard.

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

Ca se produit en Angleterre?

DOCTEUR BOISSIER:-

Oui, mais je crois qu'au point de vue géographique c'est mal placé, il faut que



DOCTEUR BOISSIER

ça vienne par le Midi..

DOCTEUR HEINZ E. LEHMANN, commissaire:-

La paresse et la géographie, alors!

DOCTEUR BOISSIER:-

La géographie explique beaucoup de choses. Mais il y a très peu de consommateurs de L.S.D. ou alors ça n'a pas plu aux français ou peu plu, mais il y en a très peu.

Il y en a eu à un moment, il y a deux ans, il y a un an, mais il n'y en a jamais eu beaucoup. Mais, on savait par exemple où on pouvait trouver du L.S.D. à Paris. On allait rue de la Huchette à Paris et on achetait du L.S.D., on avait des petits carrés de L.S.D. et maintenant rue de la Huchette il n'y en a plus.

Mais, enfin il y en a peu de L.S.D., et parmi les quelques grands drogués qu'on a pu voir, il y en a très peu qui ont pris du L.S.D., ou alors ils en ont pris deux fois, trois fois, très épisodiquement, et alors ils sont revenus à leur héroïne ou à leurs amphétamines, les barbituriques. Alors, c'est très difficile de savoir, est-ce qu'ils n'ont pas aimé ça? Est-ce qu'ils n'en ont pas trouvé? Est-ce qu'ils ont préféré autre chose? C'est très difficile à dire.





-163-

DOCTEUR BOISSIER

M. GERALD LeDAIN, président:-

Il y a un monsieur au micro.

UNE VOIX DANS LE PUBLIC:-

Monsieur, vous avez dit qu'en France le mouvement était assez nouveau, de toute façon ça on le savait ici par la lecture des journaux français au jour le jour on commence à en entendre parler.

Et vous nous avez dit que vous saviez que dans certaines classes soixante-quinze pour cent, d'autres classes c'était zéro sur cent, mais est-ce que vous croyez... et puis vous avez dit aussi que le mouvement augmentait. Est-ce qu'il y a eu des études sérieuses de faites en France, je ne parle pas de rencontres avec trois ou quatre gars à l'université, où vous pourriez déterminer dans certaines milieux, est-ce que c'est de l'ordre de vingt pour cent (20%) chez les étudiants, de cinquante (50%), de soixante (60%), est-ce que ce serait possible de le savoir ça?

DOCTEUR BOISSIER:-

Votre question est bien intéressante, j'ai bien précisé au début que je ne pouvais donner aucun pourcentage sérieux par aucune étude, aucune enquête n'a été faite. A la Commission, j'ai même proposé qu'on fasse en France une étude du type de l'enquête québécoise



DOCTEUR BOISSIER

et ceci a été refusé et on va faire une enquête  
du type épidémiologique c'est-à-dire par sondage.

UNE VOIX DANS LE PUBLIC:-

Ce qui veut dire que ce dont  
vous avez parlé avec des grands mots que je ne  
comprenais pas souvent, ce sont ou "t'en donc"  
des gens qui sont allés vous voir, parce  
qu'ils étaient malades ou des cas très graves?

DOCTEUR BOISSIER:-

Alors, les chiffres, quand je  
dis qu'il y a des classes où il y a soixante-  
quinze pour cent (75%), à peu près soixante-  
quinze pour cent (75%), c'est parce qu'il y a  
des classes où on a pu faire pour une classe dé-  
terminée une enquête précise et en général  
elle a été faite auprès des parents, parce  
que chose importante, en France, pour les  
jeunes des lycées. presque toujours les parents  
le savent. Presque toujours. Ceci tient beau-  
coup à la répartition géographique des lycées  
parisiens et dans une classe de trente-cinq (35)  
élèves, il y a vingt-sept (27) étudiants dont  
les parents sont amis, se connaissent. Il  
suffit qu'il y en ait un (1) qui soit connu  
pour prendre de la marijuana pour savoir si  
les autres en prennent. Et ils sont amenés  
à en prendre. Alors, donc, ces chiffres-là  
quand je dis qu'il y a une classe où il y a



-165-

DOCTEUR BOISSIER

soixante-quinze pour cent (75%), c'est qu'il y a des classes qui prennent soixante-quinze pour cent (75%). Ca, on le sait bien.

DOCTEUR VILLENEUVE:-

Est-ce qu'il serait possible de savoir pourquoi en France on a refusé la tenue d'une enquête, comme vous disiez de type québécois, assez élaborée.

DOCTEUR BOISSIER:-

C'est le Président de la Commission qui a refusé, et puis ça a été un non sec et définitif. Vous le connaissez aussi bien que moi.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND,  
Commissaire:-

Ca n'exclut pas la possibilité de sondage.

DOCTEUR BOISSIER:-

Je crois que le Ministre ne veut pas dépenser d'argent pour faire cette enquête, c'est ça la raison.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND  
Commissaire:-

Ca n'exclut pas la possibilité d'autres sondages faits par d'autres organismes, j'imagine.

DOCTEUR BOISSIER:-

Oui, mais ça sera sujet à caution.  
Alors, ce qui a été décidé, ça a été d'opérer



DOCTEUR BOISSIER

une enquête par sondages. Comme on le sait, elle est en route, les préparatifs de l'enquête, pas l'enquête elle-même. Alors, ça va être un sondage, ça va être une enquête avec un choix de définitions d'un échantillon, etc., enfin selon les procédés que vous connaissez bien, avec tout ce que ça va comporter d'erreurs.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Docteur, c'est évident que nous pourrions continuer indéfiniment, mais je commence à avoir une crise de conscience, je crois que nous devrions vous libérer, après tout, vous n'êtes que visiteur au Canada, nous ne voulons pas abuser de votre générosité. Nous vous remercions beaucoup pour votre aide cet après midi.

Je vous remercie.

DOCTEUR BOISSIER:- Je vous remercie,

Et j'espère que les quelques renseignements que j'ai donnés correspondent à la vérité, enfin à ce que je sais. Je vous remercie.

M. GERALD LeDAIN, président:-

Docteur Radouco-Thomas, vous voulez poser une question à votre collègue?

DOCTEUR RADOUCO-THOMAS:-

Oui,

M. GERALD LeDAIN, président:-

Il est maintenant entre vos mains.





DOCTEUR BOISSIER

DOCTEUR RADOUCO-THOMAS:-

Ce sont des questions sur lesquelles peut-être nous avons discuté, mais d'une façon peut-être pas suffisante.

Premièrement, j'aimerais poser une question en relation avec les très jeunes.

Ce phénomène disons d'usagers et de l'abus des drogues en-dessous de quinze ans (15), entre sept et quinze ans (7 et 15), sur ce continent nord-américain est en plein développement. Docteur Boissier, vous disiez tout à l'heure qu'il y avait peu d'usagers actuellement en France. Je me rappelle qu'il y a deux ans (2), quand j'ai discuté avec le docteur Boissier, il était parmi les peu pour ne pas dire le seul qui au moment qu'on lui a demandé qu'est-ce qui se passait? Il nous a dit: il n'y a pas d'usager, le phénomène d'usager avec les drogues n'intervient pas dans notre pays.

Or, le résultat que six (6) mois après, à peu près, il y a eu une explosion et ça a passé pratiquement en état d'épidémiologie. C'est dans ce cadre disons, dans ces perspectives d'utilisation et de motivation par les jeunes, quelle est votre pensée docteur Boissier? Est-ce que vous pouvez nous dire ce que vous pensez de ce phénomène et est-ce que ça peut toucher les très jeunes. C'est ma pre-



DOCTEUR BOISSIER

mière question.

DOCTEUR BOISSIER:-

Je ne peux pas répondre. Il faudrait être une pythonisse pour répondre, mais je suis d'accord avec vous pour admettre qu'en mil neuf cent soixante-huit (1968), en septembre mil neuf cent soixante-huit (1968), j'ai dit qu'il n'y avait pas de problème de drogue en France et il n'y avait pas de problème de drogue en France. Il y avait quelques consommateurs parmi des étudiants âgés, presque des post-gradués, de L.S.D., justement à l'époque c'était le L.S.D., disons que c'étaient des étudiants en Beaux-Arts, des étudiants de vingt-sept (27), vingt-huit (28), trente ans (30), on peut à peine dire des étudiants, des gens qui vivaient dans le milieu étudiant et qui prenaient du L.S.D. C'était assez courant, mais ça touchait pour la région de Paris deux ou trois cents (200 ou 300) personnes pour Paris. Mais, il y avait en particulier, ce qui était frappant, on sait qu'il n'y avait pas du tout de marijuana, il n'y en avait pas du tout, il y en avait dans les milieux nord-africain, c'était bien connu, mais chez les étudiants et les lycéens, ça n'était pas connu.

J'ai eu la révélation de ceci à Québec en septembre mil neuf cent soixante-huit



DOCTEUR BOISSIER

(1968) c'est là où j'ai dit au professeur Radouco-Thomas en France la question ne se pose pas et quand je suis rentré en France, j'ai raconté ce que j'avais entendu ici au Ministère en particulier et où on m'a dit: occupez-vous de ce qui vous regarde, vous n'étiez pas envoyé officiel.

Donc, je suis retourné dans le silence de mon laboratoire et six mois après on a eu cette explosion.

Et là, le Ministre a crié au secours!

PROFESSEUR RADOUCO-THOMAS:-

D'autant plus que dans ce phénomène disons que vous avez cité le cas des étudiants qui sont dans les collèges, or il y a un fort mimétisme de la part des très jeunes pour suivre leurs anciens disons, enfin ceux qui sont au-dessus de quinze ans (15), j'espère que pour vous d'ici six mois...

DOCTEUR BOISSIER:-

Attendons Radouco, on le saura, Soyons patients, dans six mois on saura.

DOCTEUR RADOUCO-THOMAS:-

Maintenant, une autre question concernant les poly-intoxications. Vous avez touché tout à l'heure le phénomène.

Est-ce que, docteur Boissier, est-ce que d'une façon, sans nous donner de précisions,





-170-

DOCTEUR BOISSIER

quelle est l'extension de ces phénomènes de  
poly-intoxication dans le cadre des associations.

Est-ce qu'ils représentent la majorité des cas parmi les usagers? Est-ce qu'il y a en France certaines drogues qui se détachent d'une façon particulière sur le plan qualitatif sur le plan de certaines associations qui se détachent pour faire une projection disons dans le problème de l'abus?

DOCTEUR BOISSIER:-

Sauf le cas précis du groupe dont je parlais tout à l'heure qui a été inculpé par la police, et qui fumaient du chanvre indien sous la direction du professeur, tous les inculpés et tous les drogués soignés connus sont des poly-intoxiqués.

DOCTEUR RADOUCO-THOMAS:-

Donc c'est un phénomène généralisé.

DOCTEUR BOISSIER:-

Généralisé neuf sur dix, disons neuf sur dix, oui, et je crois qu'on aura un très bon ordre de grandeur.

Qui se sont montrés des drogués avérés, entendons-nous bien.

DOCTEUR RADOUCO-THOMAS:-

Maintenant, ma dernière question concernant le phénomène de poly-intoxication dans le temps. Est-ce qu'il y a des types de transfert



DOCTEUR BOISSIER

des types de passage, qui sont également plus fréquents? Vous avez cité tout à l'heure ce que vous pensiez concernant le passage de marijuana à l'héroïne, est-ce que vous avez d'autres types qui sont dégagés dans le cadre de vos sondages, de types de transfert d'une drogue à l'autre?

DOCTEUR BOISSIER:-

Non, non, ça a l'air de se faire au hasard le passage marijuana/héroïne ou marijuana/amphétamine/barbiturique, parce que les circonscriptions où ça n'a pas commencé par la marijuana, ça a commencé par les amphétamines ou barbituriques.

Autrement, on ne peut pas dire que ça suive telle voie plutôt qu'une autre.

Je reprends la question précédente, il y avait quand même un problème en France qui touchait aussi un petit nombre d'initiés avant que je vienne au Canada, mais c'était très particulier, c'était le whisky associé au Kinozalone hypnotique non barbiturique, où il y a une potentialisation considérable et ça avait été décelé par la police, c'est la police qui avait décelé cela. Ça a été décelé sur la Côte d'Azur pendant l'été mil neuf cent soixante-sept (1967), mais ça ne touchait qu'un très petit nombre de gens.

DOCTEUR ANDRE VILLENEUVE:-

Est-ce que je pourrais appuyer encore



DOCTEUR BOISSIER

quelques secondes. Hier, on m'a questionné en rapport si on veut avec la contamination en regard de la dissémination des informations regardant l'utilisation des drogues.

Je voudrais souligner ici un aspect, c'est qu'au cours de l'été mil neuf cent soixante-neuf (1969), nous avons envisagé de répéter une enquête similaire à celle que nous avons faite en mil neuf cent soixante-huit (1968) au Québec, à Paris même et pour diverses raisons cette enquête n'a pas été réalisée. Maintenant, le phénomène de l'utilisation des drogues en France, je crois, a connu une montée très accentuée et surtout en août et septembre mil neuf cent soixante-neuf (1969), alors si nous avons fait ou si nous avons pu faire notre enquête, telle que prévue en juin et juillet mil neuf cent soixante-neuf (1969), il y aurait certainement eu des chances qu'on établisse des relations de causalité entre enquête et utilisation...

ODETTE GAGNON,  
sténotypiste officielle.



DOCTEUR JACQUES BOISSIER

DOCTEUR ANDRE VILLENEUVE:

Il y aurait certainement eu des chances qu'on établisse une cause, une causalité entre enquête et utilisation des drogues à Paris, en disant que les canadiens, les québécois ont fait une enquête au cours de l'été, juin, juillet, et soudainement en août, le phénomène monte en flèche. Alors, je crois qu'il faut peut-être éviter d'établir des connexions entre information et utilisation des drogues.

Maintenant, un deuxième point pour répondre à la question du docteur Radouco-Thomas, en ce qui regarde le passage d'une certaine toxicomanie à l'héroïne où les témoignages sont que si vous utilisez, disons, un type de drogues, entre autres de la marijuana, vous avez certaines chances de passer à un autre stade qui est celui de l'utilisation de l'héroïne. Par contre, par expérience personnelle, comme je le disais hier, pour avoir travaillé avec de nombreux héroïnomanes à New York, si vous avez occasionnellement, probablement ce passage de la marijuana à l'héroïne, et comme le docteur Boissier le soulignait, lorsque vous arrivez à l'héroïne, il est excessivement rare que vous avez de l'héroïne toute seule, mais c'est une polytoxicomanie, c'est-à-dire héroïne-amphétamines-barbituriques et tout ce qu'on peut trouver.

Par contre, je ne connais aucune instance de réversion de l'héroïne à une drogue, disons, plus





DOCTEUR JACQUES BOISSIER

inoffensive ou moins dommageable en question.

DOCTEUR JACQUES BOISSIER:

Je suis tout à fait d'accord avec le docteur Villeneuve, je crois que la régression n'existe pas ou est rarissime. Le côté de polytoxicomanie semble tout à fait caractéristique, si on veut comparer à ce qui se passait chez les héroïnomanes classiques, ils prenaient de l'héroïne, ils prenaient de l'héroïne, les morphinomanes prenaient de la morphine, ça n'existe pas.

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Merci.

Maintenant, j'appelle un représentant de l'Office de la Prévention et du Traitement de l'Alcoolisme et des Autres Toxicomanies, appelé généralement O.P.T.A.T., premièrement monsieur Lucien Laforest et avec lui c'est docteur Aimé L. Raie.

Je dois dire que nous avons eu le profit d'entendre le docteur Boudreau à Montréal, nous sommes bien contents d'avoir une autre occasion de vous entendre.

MONSIEUR LUCIEN LAFOREST:

Mademoiselle, messieurs les membres de la Commission. Les docteur Whitehead de Halifax, Smart de Toronto ont déjà eu l'occasion de faire état



O.P.T.A.T.

non seulement des résultats de leur propre enquête, mais aussi de l'analyse comparative des résultats des enquêtes de Toronto, Montréal et de Halifax, puisque nous travaillons ensemble depuis quelques mois.

Je ne reprendrai pas les observations qu'ils ont pu faire relativement à la comparaison des taux globaux d'usagers de chaque drogue dans ces villes respectives de même que dans l'ensemble des trois villes.

Je préfère apporter certains éléments nouveaux relativement à l'usage des tranquillisants et autres médicaments et aux caractéristiques sociales des usagers de certaines drogues, plus spécialement les tranquillisants, la marijuana et la colle d'avion.

Quelques remarques d'abord au sujet des enquêtes sur les drogues. A la suite de la comparaison des résultats des enquêtes des docteurs Whitehead et Smart avec les nôtres, il apparaît évident que compte tenu de la période que couvre l'étude, l'échantillon au niveau duquel nous mesurons l'usage des drogues, plus le niveau duquel nous mesurons l'échantillon d'usage des drogues, plus les taux d'usagers des drogues tendent à s'uniformiser au-delà des provinces, des frontières provinciales.

Par contre, plus nous localisons de phénomènes, disons, au niveau d'une école particulière, plus le phénomène tend à revêtir des traits atypiques.



Plusieurs enquêtes effectuées à Montréal au niveau de certains CEGEP ont servi de base à des nouvelles transmises par les journaux, à savoir qu'il y aurait de trente à quarante pourcent (30-40%) d'usagers de drogues dans ces écoles. Nous ne contestons pas nécessairement que ces taux puissent être véridiques, mais l'erreur est de les généraliser indûment à toute une population d'étudiants.

Si par exemple les échantillons étaient non représentatifs des populations étudiantes de ces CEGEP, ces taux ne constitueraient pas des mesures valables pour les CEGEP en question. A fortiori doit-on se méfier de toute généralisation au-delà des contextes particuliers où ces enquêtes ont été effectuées, mais toute remarque n'a pour but que de souligner l'inopportunité des enquêtes auprès des échantillons restreints et atypiques d'étudiants dans un but de généralisation.

A l'opposé, nous sommes témoins d'enquêtes couvrant le Canada tout entier. Ces enquêtes présentent d'autres buts, des buts notamment de produire des taux de drogues, d'usagers de drogues qui nivellent les différences régionales, mais les tendances vers une certaine uniformité des taux entre les villes métropolitaines, il subsiste d'importantes différences qui ont toute leur importance lorsqu'il s'agit d'entreprendre une action préventive. Je pense en particulier à la comparaison des résultats entre Montréal et Toronto avec ceux de Halifax. Nous avons constaté par exemple que les taux pour Montréal





O.P.T.A.T.

en ce qui concerne la colle, les tranquillisants, l'alcool et le tabac étaient définitivement différents de ceux de Toronto et de Halifax.

Par contre, c'est quand faut conclure qu'il existe une particularité propre, spéciale à ce qui concerne la colle d'avion à Montréal, la colle d'avion est négligeable du moins au niveau où nous l'avons étudié.

Il est irréaliste d'extrapoler aux petites localités rurales des chiffres tirés des transitions urbaines. Imaginez le caractère peut significatif que peuvent avoir des chiffres qui sont sensés rendre globalement compte de la situation canadienne ou provinciale. Les membres de la présente Commission reconnaîtront avec moi qu'il est difficile d'éclairer l'opinion publique sur un phénomène aussi changeant que celui de l'usage des drogues chez les étudiants lorsqu'on s'inspire indistinctement des chiffres tirés de travaux d'amateurs aussi bien que d'enquêtes scientifiques.

Cette mise au point faite, je passe aux résultats des analyses récentes. L'usage des tranquillisants en relation avec d'autres drogues: un point trois pourcent (1.3%) des étudiants de Montréal, de Toronto et de Halifax feraient usage de tranquillisants. Si la drogue la plus couramment utilisée et là, je fais abstraction de l'alcool et du tabac.

Il est important toutefois de déterminer à quelles fins on fait usage de tranquillisants.



O.P.T.A.T.

Nous avons pu déterminer que pour vingt-six point six pourcent (26.6%) des usagers de tranquillisants, les tranquillisants furent la seule drogue utilisée au cours des six mois précédant l'enquête. Ca veut dire qu'il y a soixante-treize point trois pourcent (73.3%) des usagers de tranquillisants qui utilisent d'autres sortes de drogues.

Vingt-deux point trois pourcent (22.3%) en ont utilisé en alternance avec des stimulants et des barbituriques. Enfin, les autres cinquante-et-un pourcent (51%) en ont utilisé vraisemblablement comme auto-médication pour corriger les effets désagréables de la marijuana, du LSD ou d'autres drogues semblables.

Les garçons ont manifesté une plus forte tendance à user des tranquillisants que les filles. Il y a à peu près la moitié moins de filles que de garçons qui font usage de tranquillisants en combinaison ou en alternance avec d'autres drogues, malgré le fait que cinquante-cinq pourcent (55%) des usagers de tranquillisants soient des filles.

En ce qui a trait à l'usage des tranquillisants chez les étudiants de niveaux scolaires différents, le taux d'usagers à Montréal passent de cinq pourcent (5%) en secondaire un à neuf point deux pourcent (9.2%) en secondaire trois et à onze point un pourcent (11.1%) en collégial deux. C'est le même phénomène à Toronto.

Quand à la fréquence des doses de tran-



O.P.T.A.T.

quillissants au cours des six mois précédant l'enquête, soixante point trois pourcent (60.3%) des usagers de tranquillisants en ont fait usage à une ou deux reprises seulement. Vingt-deux pourcent (22%) en ont pris de trois à six doses et vingt pourcent (20%), sept doses ou plus. Au cours des six mois précédant l'enquête.

Il y a une forte probabilité que les usagers d'autres drogues aient fait plus fréquemment usage de tranquillisants que d'autres étudiants en raison du besoin de médication que peut éprouver l'utilisateur de marijuana ou de LSD ou d'autres produits à fort potentiel psycho-actif.

Mais il est un aspect fort négligé par beaucoup d'enquêtes, ce sont les caractéristiques sociales des usagers de drogues. Prenons l'âge, par exemple, nous avons constaté que parmi les étudiants de Montréal rejoints par notre enquête, le pourcentage d'utilisateurs de colle était faible; deux point six pourcent (2.6%) tout au plus au niveau des quatorze à seize ans. Un point quatre pourcent (1.4%) chez les étudiants de treize ans ou moins et de dix-sept (17) ans à dix-neuf (19) ans et moins de un pourcent (1%) chez ceux de vingt (20) ans et plus.

Par contre, la plus forte proportion d'utilisateurs de tranquillisants, dix pourcent (10%), se recrute parmi les dix-sept (17) à dix-neuf (19) ans. Ensuite, chez les vingt (20) ans ou plus, neuf point sept pourcent (9.7%). Chez les quatorze (14)





O.P.T.A.T.

à seize (16) ans, sept point trois pourcent (7.3%) et trois pourcent (3%) chez les moins de quatorze (14) ans.

Dans le cas de la marijuana, la plus forte proportion d'usagers se recrute chez les étudiants de vingt (20) ans ou plus, soit quatorze point cinq pourcent (14.5%). Ensuite, chez les dix-sept (17) à dix-neuf (19) ans, treize point un pourcent (13.1%). Chez les quatorze (14) à seize (16) ans, sept point deux pourcent (7.2%) et chez les plus jeunes moins de un pourcent (1%).

Le faible pourcentage d'usagers de colle au soin de notre échantillon signifie vraisemblablement qu'en confinant notre enquête au niveau secondaire et collégial, nous n'avons pu les rejoindre adéquatement.

Mais il ne fait pas de doute que les usagers de tranquillisants et de marijuana se recrutent dans les mêmes groupes d'âge, ce qui explique aussi les recrutements dans vingt-et-un point six pourcent (21.6%) des cas.

En ce qui a trait à la barrière sexe, l'influence définitivement l'usage des tranquillisants et de la marijuana. Si neuf point cinq pourcent (9.5%) des filles contre six point quatre pourcent (6.4%) des garçons ont fait usage de tranquillisants, six point quatre pourcent (6.4%) seulement des filles contre onze point six pourcent (11.6%) des garçons ont fait usage de la marijuana, c'est-à-dire qu'il y a inversion.





O.P.T.A.T.

Quant à la colle, les garçons sont deux fois plus nombreux à en faire usage.

Appartenance religieuse, la principale différence qu'introduit la barrière religion dans les taux d'usagers de drogues se situent entre les étudiants dont les parents adhèrent à une religion et ceux dont les parents ne pratiquent aucune religion. L'écart est prononcé pour toutes les drogues. Le taux d'usagers de tranquillisants chez les étudiants de parents pratiquants est d'environ sept pourcent (7%) en moyenne alors que chez les autres étudiants, le taux est de quatorze pourcent (14%).

Dans le cas de la marijuana, la situation est beaucoup moins dicotomique. Seulement sept point huit pourcent (7.8%) des étudiants d'allégeance catholique contre dix point huit pourcent (10.8%) d'allégeance protestante; quinze point sept (15.7%) de ceux d'allégeance juive et vingt-deux point huit pourcent (22.8%) de ceux qui n'ont aucune adhérence religieuse avaient fumé de la marijuana. Précisons que ces données rendent compte de la situation montréalaise seulement.

Occupation du père: sept pourcent (7%) des fils de travailleurs spécialisé ou semi-spécialisés font usage de tranquillisants et un autre sept pourcent (7%) de marijuana, mais même s'il y en a beaucoup moins entre les deux. Huit pourcent (8%) des fils de petits propriétaires et d'employés cléricaux font usage de tranquillisants et huit pourcent (8%) ont fumé de la marijuana.



O.F.T.A.T.

Toutefois, chez les fils de professionnels, la situation est radicalement différente. Moins de un pourcent (1%) ont fait usage de tranquillisants contre onze point quatre pourcent (11.4%) qui ont fumé de la marijuana.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commissaire:

Chez les fils de professionnels?

MONSIEUR LUCIEN LAFOREST:

Chez les fils de professionnels. Et finalement, ce n'est pas un groupe très considérable dans l'ensemble de l'échantillon, mais il demeure que le phénomène est tellement typique qu'il vaut la peine de le donner.

L'alternance de la marijuana et les tranquillisants seraient un phénomène de classe moyenne ou de classe inférieure tout simplement. Peut-être pourrions-nous avancer l'hypothèse que les adolescents appartenant aux strates socio-économiques inférieures éprouvent plus d'insécurité à fumer de la marijuana. Il reste à le démontrer.

Le point de vue familial, en ce qui a trait à l'usage des tranquillisants, il serait presque deux fois plus fréquent, douze point six pourcent (12.6%) chez les enfants dont la mère vit seule. En ce qui a trait à l'usage de la marijuana, le fait de vivre avec son père et sa mère réduirait le taux



d'usagers à huit pourcent (8%), alors que ce taux serait de onze point sept pourcent (11.7%) chez les enfants qui résident avec leur mère seulement et de dix-huit point un pourcent (18.1%) chez les enfants qui vivent selon d'autres arrangements résidentiels, c'est-à-dire qui vivent pas ni avec les deux ni avec la mère.

L'usage de la colle répond aux mêmes conditions familiales que pour la marijuana.

Succès scolaire. L'usage des tranquillisants ne permet pas de discriminer les étudiants qui réussissent de ceux qui ne réussissent pas à l'école. Il y a autant d'étudiants qui obtiennent soixante pourcent (60%) ou plus à l'école comme moyenne scolaire qu'il y en a qui obtiennent en bas de soixante-cinq pourcent (65%), soit huit pourcent (8%) et sept point sept pourcent (7.7%).

La situation est différente pour les fumeurs de marijuana, il y a deux fois plus de fumeurs de marijuana parmi les étudiants qui ont obtenu une moyenne de moins de soixante-cinq pourcent (65%) à l'école, soit douze point un pourcent (12.1%) contre six point sept pourcent (6.7%). Il en est de même de l'usage de la colle.

L'argent de poche. Il y a trois fois plus d'usagers de marijuana parmi les étudiants qui ont cinq dollars (\$5) ou plus en poche par semaine que chez les autres étudiants, soit dix-sept point cinq pourcent (17.5%) contre cinq point neuf pourcent (5.9%). Il y a par contre deux fois plus d'usagers de tranquillisants parmi ceux qui ont cinq





O.P.F.A.T.

dollars (\$5) ou plus par semaine en poche, soit onze point sept pourcent (11.7%).

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commissaire:

Est-ce que ça ne va pas contre votre autre hypothèse sur la classe sociale?

MONSIEUR LUCIEN LAFOREST:

Bien, apparemment, d'après le professeur Whitehead, il n'y aurait pas de corrélation entre l'argent de poche et l'appartenance sociale, ce qui expliquerait le décalage pour la simple raison que l'argent peut venir de d'autres sources que du père, elle peut venir du travail à temps partiel ou du vol, quel qu'il soit.

Par conséquent, il y a onze point sept pourcent (11.7%) d'usagers de tranquillisants contre six point sept pourcent (6.7%) parmi ceux qui ont moins de cinq dollars (\$) en poche par semaine.

Conclusion: Les caractéristiques socio-économiques revêtent une importance différentielle lorsqu'il s'agit d'expliquer, ou du moins de déterminer quelle configuration mène à l'usage de diverses drogues. Nous venons d'en donner l'illustration.

Pour terminer, si nous excluons de la liste des drogues l'alcool et le tabac, et si nous considérons que les seuls médicaments au cours



O.P.T.A.T.

d'une période de six mois peut servir de critère de normalité, il faut conclure que soixante-quatorze pourcent (74%) des usagers de médicaments et d'autres drogues se comportent de façon déviante, c'est-à-dire que la fonction qu'ils recherchent dans la drogue est une fonction non médicale, non conforme à, disons, à la loi. Cette défiance peut s'avérer être collective, si on considère une drogue ou deux, je veux dire une drogue à une ou deux reprises et c'est le cas de peut-être soixante pourcent (60%) des usagers de drogues, mais elle peut se prolonger jusqu'à un carrefour, c'est-à-dire là où il faut décider ou bien d'arrêter, de continuer dans la voie de la consommation ou bien de s'abandonner au ~~rétablissement~~ à la ~~longue~~. Merci.

MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Monsieur Laforest, docteur Aimé Raic aimerait ajouter.

DOCTEUR AIME L. RAIC:

Monsieur Laforest était responsable de la recherche à O.P.T.A.T. et il serait en mesure de vous répondre. Je n'ai pas d'autres choses à ajouter.

PROFESSEUR MARIE-ANDREE BERTRAND, commis-  
saire:



126

O.P.T.A.T.

Est-ce que je suis tout à fait sûr, Monsieur Laforest, que c'est un fait qui est intervenu et que vous avez vu cela? Est-ce que l'enquête qui s'est terminée à l'été 1968 (68) dont vous avez parlé par la suite est post-datée ou...

MONSIEUR LUCIEN LAFOREST:

C'est-à-dire que l'enquête que nous avons faite à Montréal s'est terminée l'an dernier.

PROFESSEUR MARIE ANDRÉE BERTRAND, commissaire:

Soixante-neuf (69), terminant à l'automne?

MONSIEUR LUCIEN LAFOREST:

Où, Monsieur?

PROFESSEUR MARIE ANDRÉE BERTRAND, commissaire:

Vous avez avancé à l'automne, est-ce que je suis sûr que j'ai bien compris, il semble que vous avez l'intention de refaire cette enquête et de la répéter, est-ce que ce serait?

MONSIEUR LUCIEN LAFOREST:

Où, Monsieur? L'intention?



O. P. P. A. P.

MONSIEUR LUCIEN LAFOREST:





1966

CAPITALE

répondre à l'ensemble des questions posées, mais comme il  
est impossible de répondre à toutes les questions (12) dans une  
application de questionnaire, j'ai dû me limiter à  
certaines questions, mais toutes les questions posées.  
C'est pourquoi j'ai dû me limiter à certaines questions, mais toutes  
les questions posées, mais toutes les questions posées.

PROFESSEUR MARIE-ANDRÉE (MADAME), commu-  
saire:

En réponse à votre lettre du 10 mai 1966, j'ai  
de vos questions, mais toutes les questions posées.  
C'est pourquoi j'ai dû me limiter à certaines questions, mais toutes  
les questions posées, mais toutes les questions posées.

MONSIEUR LUCIEN LAFORÊTE:

C'est pourquoi j'ai dû me limiter à certaines questions, mais toutes  
les questions posées, mais toutes les questions posées.

PROFESSEUR MARIE-ANDRÉE (MADAME), commu-  
saire:

En réponse à votre lettre du 10 mai 1966, j'ai  
de vos questions, mais toutes les questions posées.  
C'est pourquoi j'ai dû me limiter à certaines questions, mais toutes  
les questions posées, mais toutes les questions posées.  
C'est pourquoi j'ai dû me limiter à certaines questions, mais toutes  
les questions posées, mais toutes les questions posées.  
C'est pourquoi j'ai dû me limiter à certaines questions, mais toutes  
les questions posées, mais toutes les questions posées.  
C'est pourquoi j'ai dû me limiter à certaines questions, mais toutes  
les questions posées, mais toutes les questions posées.

MONSIEUR LUCIEN LAFORÊTE:

1966



O.P.T.A.F.

Oui, lorsque nous avons compté les  
des groupes par drogue, nous avons compté des fois.  
Répondre assez marquée en ce qui concerne la mari  
et les tranquillisants, entre autres, mais lorsque  
nous avons fait abstraction, disons, des drogues,  
la spécificité des drogues et nous avons compté le  
nombre de drogues, les taux se sont nivelés automa-  
tiquement entre les différents groupes d'écoles.

MONSIEUR J. PETER STEIN, commissaire:

J'ai une question un peu "theoretical",  
mais avez-vous pensé sur la question d'obtenir l'épi-  
démologie d'utilisation des drogues par les adultes,  
pas par les étudiants, mais par les adultes, des  
drogues comme marijuana, LSD, quelque chose comme ça.

MONSIEUR LACIEN LAFOREST:

Pour y avoir pensé, nous y avons certaine-  
ment pensé, mais disons que ça pose déjà des problè-  
mes d'ordre épidémiologique un peu plus poussés.  
Nous ne jouissons pas, disons, d'un contexte qui faci-  
lite l'échantillonnage au départ. En suite de ça,  
bien maintenant, disons que la méthodologie est cer-  
tainement différente. Je me demande s'il n'y aura  
pas lieu, disons, de faire des échantillons au départ  
pour savoir de quelle façon on traite le problème des  
drogues chez les adultes. C'est ça, ça nous intéresse  
maintenant, c'est ça, ça nous intéresse.



lisation chez les étudiants.

Cependant, je me demande actuellement si nous nous attaquerons pas à un vieux problème, le problème des médicaments chez les adultes tout simplement et il y a toujours eu le problème d'héroïne chez une minorité d'individus, mais disons le problème épidémiologique sera nécessairement la consommation des médicaments. J'ai l'impression qu'à ce moment-là, il faudrait travailler en étroite collaboration avec les compétences dans le domaine de la psycho-pharmacologie.

UNE VOIX DANS LA SALLE.

Jean-Yves Julien, pharmacien. J'aimerais une question dans les critères qui vous ont permis, particulièrement les parents, et vous venez de soulever, je pense le point, il n'a pas été question, disons, du fait que les parents qui consomment justement des tranquillisants ou des médicaments régulièrement et les parents qui n'en consomment pas; est-ce que ça n'a pas été, vous avez considéré l'appartenance géographique, l'appartenance, disons, à la classe sociale. Maintenant, est-ce qu'il a été question de ça, les parents, disons, qui consomment régulièrement des tranquillisants ou d'autres médicaments comme par exemple les anti-conceptionnels oraux.

MONSIEUR LUCIEN LAFOREST:





199

O.P.T.A.T.

Non, je m'excuse, nous ne l'avons pas fait, c'est un peu dommage, mais c'est-ce que vous voulez, nous sommes toujours pris par des contraintes dans les questionnaires, c'est-à-dire qu'il faut limiter dans la mesure du possible les questions de façon à ne pas surcharger l'enquête, surcharger la méthodologie, l'analyse de phénomènes; ça aurait été certainement intéressant de le faire, mais étant donné que nous avons utilisé de toutes pièces le questionnaire élaboré par le docteur Smart, nous n'avons pas eu à repenser toute l'affaire.

UNE VOIX DANS LA SALLE:

Une autre question: l'enquête a touché combien d'étudiants et dans combien d'écoles?

MONSIEUR LUCIEN LAFOREST:

Nous avons touché cinq mille deux cents (5,200) étudiants et nous en avons conservé quatre mille cinq cents (4,500). Parmi ces cinq cent neuf (4,509) qui n'ont pas boycotté, disons, le questionnaire et nous avons rejoint trente-sept (37) écoles qui étaient franco-canadiennes, c'est-à-dire canadiennes-françaises, anglo-catholiques et anglo-protestantes et ceci, la répartition des écoles s'est effectuée strictement en fonction de la répartition géographique de la population dans l'île de Montréal.



C. P. N. 11. 11. 11.

DOCTEUR PÉLIZ LUCIANI, commissaire:



MONSIEUR GERALD LeDAIN, président:

Jean RIOPEL

















